

Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2007:9

Nationell beredskapsplan **för en influensapandemi**



■ SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

Helsingfors 2007

ISSN 1236-2050
ISBN 978-952-00-2325-6 (PDF)

Layout: AT-Julkaisutoimisto Oy

SAMMANDRAG

*Nationell beredskapsplan för en influensapandemi. Helsingfors 2006. 182 s.
(Social- och hälsovårdsministeriets publikationer, ISSN 1236-2050, 2007:9,
ISBN 978-952-00-2325-6 (PDF))*

I och med att hotet om en influensapandemi ökat har WHO upprepade gånger uppmanat medlemsländerna att uppdatera sina beredskapsplaner för pandemier samt publicerat riktgivande strategiska och tekniska anvisningar och rekommendationer för detta. Beredskapen för en influensapandemi har behandlats flera gånger i Europeiska unionens olika rådskonstellationer under den senaste tiden.

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte den 21 april 2005 en arbetsgrupp för nationell pandemiberedskap som fick i uppdrag att utarbeta en nationell beredskapsplan för en influensapandemi. Syftet med planen är att begränsa de skador som en eventuell pandemi orsakar befolkningens hälsa samt att så väl som möjligt trygga kontinuiteten i samhällsfunktionerna.

På basis av förslaget har social- och hälsoministeriet utarbetat ett nationell beredskapsplan för en influensapandemi.

Syftet med beredskapsplanen är att styra beredskapen för en influensapandemi på alla förvaltningsnivåer inom hälso- och sjukvården samt att stödja beredskapen inom andra förvaltningsområden. I beredskapsplanen ges en till finländska förhållanden anpassad bild av en pandemis utveckling, dess hälsomässiga, samhälleliga och ekonomiska verkningar, tillgängliga bekämpningsmetoder, etiska specialfrågor, hälso- och sjukvårdsorganisationernas ansvarsområden och specialarrangemang, de materiella beredskapsbehoven, behovet av samarbete mellan olika förvaltningsområden och särdragen hos organisationen under en pandemi, samt av kommunikationen och informationen. Beredskapsplanen granskar pandemier på ett övergripande sätt och skapar en grund för alla förvaltningsområdets detaljerade planer. Av praktiska skäl presenteras andra förvaltningsområdets planer än social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområdesplan endast i korthet i denna beredskapsplan. Ett effektivt verkställande förutsätter en mera omfattande integration av de olika förvaltningsområdenas planer.

Beredskapsplanen bör ändras när hotbilden, omvärlden samt prognos- och bekämpningsmetoderna förändras. Av denna orsak blir beredskapsplanen aldrig "färdig" och därför skall man uppdatera den allteftersom väsentliga förändringar förekommer i pandemisituationen. En influensapandemi kan starta snart eller ta flera år, och det virus som orsakar den behöver inte nödvändigtvis vara den aktuella undertypen av influensavirus.

Beredskapen för en influensapandemi effektiviserar samtidigt betydligt Finlands beredskap att bekämpa vilken som helst omfattande, internationell eller global epidemi. Förberedelserna effektiviserar strukturerna för bekämpningen av smittsamma sjukdomar och detta stödjer områden som är centrala med tanke på den fortlöpande bekämpningen av smittsamma sjukdomar och främjar på så sätt befolkningens hälsa. Beredskapen stödjer säkrandet av livsviktiga samhällsfunktioner.

Nyckelord: beredskap, förebyggande hälsovård, influensa, karantän, smittsamma sjukdomar, skydd, vaccination

TIIVISTELMÄ

Kansallinen varautumissuunnitelma influenssapandemiaa varten. Helsinki 2006. 182 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, ISSN 1236-2050, 2007:9, ISBN 978-952-00-2325-6 (PDF)

Influenssapandemian uhkan lisääntyessä WHO on kehottanut jäsenmaita päivittämään pandemian varautumisen suunnitelmiaan sekä julkaissut tätä ohjaavia strategisia ja teknisiä ohjeistoja ja suosituksia. Influenssapandemiaan varautumista on käsitelty Euroopan unionin komission kokouksissa useasti viime aikoina.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 21.4.2005 kansallisen pandemiavarautumisen työryhmän, jonka tehtävänä oli laatia ehdotus influenssapandemiaan varautumisen kansalliseksi suunnitelmaksi. Sen tavoitteena on mahdollisen pandemian väestön terveydelle aiheuttamien haittojen rajoittaminen sekä yhteiskunnan toimintojen jatkuvuuden mahdollisimman hyvä turvaaminen. Ehdotuksen pohjalta sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut valtakunnallisen varautumissuunnitelman influenssapandemian varalle.

Varautumissuunnitelman tarkoitus on ohjata varautumista influenssapandemiaan terveydenhuollon kaikilla hallinnon tasoilla sekä tukea valmistautumista muilla hallinnon aloilla.

Varautumissuunnitelmassa annetaan Suomen oloihin soveltuva kuva pandemian kehittymisestä, terveydellisistä, yhteiskunnallisista ja taloudellisista vaikutuksista, torjuntaan käytettävissä olevista keinoista, eettisistä erityiskysymyksistä, terveydenhuollon organisaatioiden vastuualueista ja erityisjärjestelyistä, varautumisen materiaalisista tarpeista, eri hallinnon alojen välisen yhteistyön tarpeista ja pandemian aikaisen organisaation erityispiirteistä, sekä viestinnästä ja tiedottamisesta. Varautumissuunnitelma tarkastelee pandemiaa laaja-alaisesti luoden pohjan kaikkien hallinnon alojen yksityiskohtaisille suunnitelmille. Käytännön syistä tässä valmiussuunnitelmassa on esitetty vain lyhyesti muiden kuin sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan suunnitelmat. Tehokas toimeenpano edellyttää laajempaa eri hallinnonalojen suunnitelmien integroimista toisiinsa.

Johtosuhteet pandemiatilanteessa määräytyvät valtion siviilikriisin johtamismallin periaatteiden mukaisesti

Kuntatasolla kunnan tartuntatautien torjunnasta vastaava toimielin on keskeisessä asemassa pandemian varautumisessa ja pandemiatilanteessa. Sairaanhoidopiirien tartuntataudeista vastaavat lääkärit toimivat alueellisen ja paikallisen suunnittelun asiantuntijoina.

Varautumissuunnitelman tulee muuttua uhkakuvan, toimintaympäristön sekä enustamis- ja torjuntakeinojen muuttuessa. Tästä syystä varautumissuunnitelma ei ole koskaan "valmis", vaan sitä päivitetään sitä mukaa kun oleellisia muutoksia tilanteessa tapahtuu. Influenssapandemia saattaa käynnistyä pian tai viedä vuosia, eikä sen aiheuttava virus ole välttämättä ajankohtainen influenssaviruksen alatyyppejä.

Influenssapandemiaan varautuminen tehostaa samalla olennaisesti Suomen valmiutta torjua mitä tahansa laajaa, kansainvälistä tai globaalia epidemiaa. Valmistautumisen tehostamat tartuntatautien torjunnan rakenteet tukevat keskeisiä jatkuvan tartuntatautien torjunnan alueita ja edistävät näin väestön terveyttä. Varautuminen tukee yhteiskunnan elintärkeiden toimintojen turvaamista.

Asiasanat: ehkäisevä terveydenhuolto, influenssa, karanteeni, rokotus, suojaus, tartuntataudit, valmius

SUMMARY

National preparedness plan for an influenza pandemic. Helsinki 2006. 182pp. (Publications of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2050, 2007:9, ISBN 978-952-00-2325-6 (PDF)

In the face of an increasing threat of an influenza pandemic, WHO has repeatedly urged their member countries to update their pandemic preparedness plans, and published strategic and technical instructions and recommendations for their guidance. Preparedness for a flu pandemic has recently been discussed on a number of occasions in the various organs of the European Council.

The Ministry of Social Affairs and Health set up a Working Group on National Pandemic Preparedness on 21 April 2005, whose remit was to draw up a national pandemic preparedness plan. Its objective is to confine the harmful effects of a potential influenza pandemic on the population's health and to secure the best possible continuity of the society's functions. On the basis of the proposal, the Ministry of Social Affairs and Health has compiled a national preparedness plan for an influenza pandemic.

The purpose of the preparedness plan is to set up guidelines for flu pandemic preparedness at all administrative levels of healthcare and to support preparations in other administrative sectors.

The preparedness plan paints a picture applicable to Finnish conditions of development of a pandemic, its health, societal and economic impact, available means of its prevention, special ethical questions, areas of responsibility and special arrangements of healthcare organisations, material requirements of preparedness, needs for collaboration between different administrative sectors and special characteristics of organisation during a pandemic, as well as communication and provision of information. The preparedness plan examines a pandemic from a wide perspective, creating a foundation for detailed plans of all administrative sectors. For practical reasons, this preparedness plan includes only brief outlines of plans other than that of the Ministry of Social Affairs and Health administrative sector. A prerequisite of effective implementation is integration of the plans of different administrative sectors.

Management relations during a pandemic are determined in accordance with the Government model for Government civilian crisis management.

At the municipal level, the organ responsible for prevention of communicable diseases plays a central role in pandemic preparedness and during a pandemic. The hospital district physicians responsible for communicable diseases act as experts in planning at the regional and local levels.

A preparedness plan must change with changes in perceived threat, the operating environment and methods of prediction and prevention. For this reason, a preparedness plan is never 'finished' and it will be updated as essential changes occur in the pandemic situation. An influenza pandemic may be set into motion soon or it may take years, and the virus that will cause it is not necessarily a current influenza virus subtype. Being prepared for a flu pandemic simultaneously significantly reinforces Finland's preparedness to repel any other widespread, transnational or global epidemic. The set structures for repelling infectious diseases reinforced by preparedness support important areas of continuous protection against infectious diseases, and thus promote health of the population. Preparedness supports safeguarding of vital functions of society.

Key words: infectious diseases, influenza, inoculation, preparedness, preventive healthcare, protection, quarantine

FÖRORD

Hela världen har blivit medveten om hotet av en ny influensapandemi. Vi söker medel för att förebygga den och förbereder oss till dess spridning. Beräknade hälsomässiga och även ekonomiska förluster är så stora att det lönar sig att satsa på beredskap.

Vi kan inte förutspå vilket virus orsakar pandemin eller när det kommer att hända. De A/H5N1-influensaepidemier hos fåglar som förekommit på ett växande område i Asien sedan slutet av år 2003 har ökat behovet och aktualiteten av pandemiberedskap avsevärt mer än vad situationen har varit under de senaste tre årtionden. Det viktigaste nu är att vidta alla åtgärder för att begränsa och släcka fågelinfluensaepidemin så att virusmutation som lätt smittar mellan människor inte utvecklas.

Fågelinfluensa förebyggs och pandemiberedskap effektiveras globalt under ledning av FN:s influensakoordinator, Världshälsoorganisationen, FN:s livsmedels- och jordbruksorganisation samt Internationella byrån för epizootiska sjukdomar. I de internationella mötena i Beijing och senast i Bamako har man givit utfästelser om finansiellt stöd till bekämpningsåtgärder i utvecklingsländer och i de länder som har värst drabbats av fågelinfluensa. Inom EU utbyter man information och strävar efter att förbättra för- enligheten av de nationella beredskapsplanerna. I sista hand är det vart och ett land som själv tar ansvar för sin egen beredskap.

Det är svårt att förutspå den nästa pandemins svårighetsgrad. Det är också möjligt att den nästa världsomfattande pandemin orsakas av någon annan sjukdomsalstrare än influensavirus. Beredskap inför en influensapandemi förbättrar möjligheterna att förebygga även andra svåra epidemiers effekter.

I Finland har man under social- och hälsovårdsministeriets ledning utarbetat en nationell beredskapsplan för en influensapandemi. Denna plan har utarbetats av alla ministeriers beredskapschefer och olika avdelningars representanter samt experter vid Folkhälsoinstitutet, Läke- medelsverket och andra forsknings- och expertinrättningar, sjukvårdsdistrikten, primärvården, Finlands Kommunförbund och organisationer. Efter att det första förslaget till en beredskapsplan blev färdigt har tiotals utlåtanden lämnats in och på basis av dessa har man fin- slipat den plan som ni nu har till hands.

På social- och hälsovårdsministeriets vägnar vill jag tacka alla som deltagit i förberedningsarbetet. Denna nationella plan är ett medel som stödjer den regionala och lokala planeringen speciellt inom hälso- och sjukvården men även i alla delområden i hela samhället. Planen är en del av genomförandet av en strategi för säkrandet av samhällets livsviktiga funktioner. I strategin definieras pandemi eller annan vittomfattande och svår situation med smittsamma sjukdomar som en speciellsituation för vilken social- och hälsovården är ansvarig.

Beredskap är en kontinuerlig process, och det är nödvändigt att fortsätta arbetet i enlighet med förslagen i denna plan. Social- och hälsovårdsministeriet och övriga ministerierna uppdaterar pandemiplanen på basis av pandemi- hot och den internationella situationen med smittsamma sjukdomar. Arbetet iakttar öppenhet, och planen är tillgänglig för alla på social- och hälsovårdsministeriets nätsidor www.stm.fi.

I Helsingfors den 14.12.2006
Liisa Hyssälä
Omsorgsminister

INNEHÅLL

SAMMANDRAG	3
TIIVISTELMÄ	4
SUMMARY	5
FÖRORD	7
1 SAMMANFATTNING	11
Influensapandemi	11
Minskning av skadorna av en pandemi	12
Hälso- och sjukvården under en pandemi	13
Tryggande av samhällets livsviktiga funktioner	14
Ledning och befogenhetsförhållanden vid en pandemi	14
Verkställande av beredskapsplanen och fortsatta planeringsåtgärder	15
Internationellt samarbete	16
2 INLEDNING	17
3 BEREDSKAPSPLANENS SYFTE	18
4 INFLUENSA	19
4.1 Influensa som sjukdom	19
4.2 Smittskydd	21
4.3 Vaccin	21
4.4 Antivirala läkemedel	22
4.5 Principerna för influensadiagnostik och övervakningssystemen	24
5 EN PANDEMIS UTVECKLINGSFASER	27
5.1 Interpandemisk period	27
5.2 Pandemilarm	28
5.3 Pandemisk period	29
5.4 Postpandemisk period	29
6 EVENTUELLA FÖLJDER AV EN PANDEMI	30
6.1 Effekter på hälsan och hälso- och sjukvårdssystemet	30
6.2 Ekonomiska, sociala och politiska följder	33
7 METODER FÖR ATT MINSKA EFFEKTERNA AV EN PANDEMI	36
7.1 Fördröjd smittospridning	36
7.2 Vacciner	40
7.3 Antivirala läkemedel	42
8 LEDNING, BEFOGENHETSFÖRHÅLLANDEN OCH ORGANISATIONER MED ANSVAR FÖR BEREDSKAPEN INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	43
8.1 Internationellt samarbete	43
8.2 Pandemiledning, befogenhetsförhållanden och organisationer med ansvar för beredskapen inom hälso- och sjukvården i Finland	45
9 ETISKA SYNPUNKTER I ANSLUTNING TILL PANDEMIBEKÄMPNINGEN	54
9.1 Värden och principer som påverkar beslutsfattandet	54
9.2 Centrala etiska frågor	55

10 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEMETS UPPGIFTER OCH VERKSAMHET	58
10.1 Uppptäckande av fall och epidemier	58
10.2 Åtgärder med avseende på exponerade	64
10.3 Undersökning och vård av patienter	67
10.4 Skydd mot smitta inom hälso- och sjukvården	72
10.5 Företagshälsovård och placering av personalen inom hälso- och sjukvården	75
10.6 Vaccinationer	76
10.7 Grunderna för användningen av antivirala läkemedel samt prioritering av användningen	81
11 UPPHANDLING, SÄKERHETSUPPLAGRING OCH LOGISTIK	85
11.1 Vacciner	85
11.2 Läkemedel	86
11.3 Utrustning och förnödenheter	89
12 PANDEMIBEREDSKAPEN INOM OLIKA SAMHÄLLSSEKTORER	90
12.1 Hälso- och sjukvården	90
12.2 Socialvård	93
12.3 Beredskapsplaner inom andra samhällssektorer	95
12.4 Andra organisationer och frivilligverksamhet	110
13 INFORMATION OCH KOMMUNIKATION	112
13.1 Kommunikation och information	112
13.2 Intern information	118
14 LAGSTIFTNING	119
14.1 Den gällande lagstiftningen om smittsamma sjukdomar	119
14.2 Arbetslagstiftningen	121
14.3 Bedömning av behovet av att ändra lagstiftningen	123
15 VERKSTÄLLANDE AV DEN NATIONELLA PANDEMIPLANEN, BEREDSKAPSÖVNINGAR, UTVÄRDERING OCH UPPDATERING	126
16 FORTSATT BEREDSKAPSÅTGÄRDER	128
16.1 Beredskapsplaner	128
16.2 Lagstiftning	129
16.3 Kostnader	129
16.4 Epidemiologisk övervakning samt anvisningar	129
16.5 Förhindrande av smittspridning	129
16.6 Resursförstärkning och kompetensökning	130
16.7 Materiell beredskap	130
16.8 Kommunikation	131
16.9 Andra fortsatta åtgärder	131
16.10 Internationell verksamhet	132
BILAGA 1. Regionala och lokala beredskapsplaner för en influensapandemi – SJUKHUS	133
BILAGA 2. Lokala beredskapsplaner för en influensapandemi – PRIMÄRVÅRDEN	137
BILAGA 3. Rekommenderade motåtgärder som inte baserar sig på användningen av vacciner eller läkemedel	141
BILAGA 4. Minskning av smittrisker för människor i samband med en fågelinfluensaepidemi hos fjäderfä	145

BILAGA 5.	Olika organisationers och förvaltningsområdets normala ansvarsområden samt beslutsfattandet i de olika pandemilarm- och pandemifaserna	151
BILAGA 6.	Användningen av andningsskydd och munnässkydd inom hälso- och sjukvården	162
BILAGA 7.	Allmänna hygienanvisningar för att förebygga smitta från luftvägsinfektioner	164
BILAGA 8.	Försiktighetsåtgärdsklasser	165
BILAGA 9.	Läkemedelslogistiken för antivirala läkemedel i en pandemisituation	167
BILAGA 10.	Pandemins utvecklingsfaser	170
BILAGA 11.	Frivilliga räddningstjänstens medlemsorganisationer	171
Bilaga 12.	Folkhälsoinstitutets information under pandemilarm och en pandemi	172
BILAGA 13.	Litteratur	176
BILAGA 14.	Förkortningar	178
BILAGA 15.	Medverkande i utarbetandet av den nationella pandemiplanen	179

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte den 21 april 2005 en arbetsgrupp för nationell pandemiberedskap, som fick i uppdrag att utarbeta en nationell beredskapsplan för en influensapandemi. Syftet med planen är att begränsa de skadliga effekter som en eventuell pandemi skulle ha på befolkningens hälsa samt att trygga en så god kontinuitet i samhällsfunktionerna som möjligt. På grund av planeringsgruppens förslag har social- och hälsovårdsministeriet utarbetat denna nationella beredskapsplan för influensapandemi.

Detta dokument innehåller ett sammandrag av ledningen och befogenheterna, bakgrundsfakta och övervakningsmetoder beträffande influensa och influensapandemier samt en beskrivning av möjligheterna att minska de skadliga effekterna av en pandemi. Dokumentet beskriver de organisationer som ansvarar för beredskapen i hälsovården för en influensapandemi samt beslutsförfarandena i Finland liksom målen och riktlinjerna för hälso- och sjukvården i de olika faserna av pandemins utveckling, det diskuterar de etiska principerna för användningen av begränsade resurser samt ger praktiska förhållningsregler för aktörerna ute på hälso- och sjukvårdsfältet. Nuvarande tillståndet av andra myndigheters beredskap beskrivs i planen endast kort. Dokumentet presenterar också de författningsändringar, andra verkställande åtgärder och resursökningar som behövs för att genomföra planen och upprätthålla de funktioner som den förutsätter.

Influensapandemi

Influensa är en akut infektionssjukdom i luftvägarna som orsakas av influensa A- och B-virus och som uppträder världen över i form av årligen återkommande epidemier. Under en epidemi smittas 5–15 % av befolkningen. Den extra dödlighet som säsonginfluensapidemierna orsakar i Finland rör sig vanligen kring några hundra, i värsta fall över tusen fall. Influentaepidemier innebär en betydande belastning på hälso- och sjukvårdssystemet och kan i värsta fall störa verksamheten bl.a. i skolor och på arbetsplatser i flera veckor. De skadliga effekterna av de årliga epidemierna bekämpas med vaccinationer som ges på hösten och som samhället bekostar för de personkategorier som löper störst risk att insjukna.

Med en influensapandemi avses en epidemi som orsakas av en för människan ny subtyp av influensa A-virus och som snabbt sprider sig över hela världen och under vilken prevalensen är större än under de årliga epidemierna (25–35 %) och den genomsnittliga sjukdomsbilden kan vara svårare än vid en vanlig säsonginfluensa. Till skillnad från säsonginfluensa kan också tidigare helt friska unga personer få mycket svåra former av sjukdomen.

Hos vilda sjöfåglar förekommer en stor mängd olika subtyper av influensa A-virus, som inte har påträffats hos människor under de senaste hundra åren och som i teorin kunde orsaka en pandemi. Virus som förekommer hos fåglar smittar dock rätt dåligt till människor. Det går inte att förutse vad som kommer att förorsaka följande pandemi eller dess tidpunkt. Den influensaepidemi hos fåglar orsakad av influensa A/H5N1-viruset som startade i Asien i slutet av 2003 och som fortsätter att sprida sig har gjort att risken för en pandemi har ökat på ett avgörande sätt jämfört med vad den har varit under de tre föregående decennierna. Epidemier och sjukdomsanhopningar hos fjäderfä som orsakas av A/H5N1-viruset har också spridit sig från Asien till Europa och Mellanöstern och Afrika. Fram till början av 2006 har det visat sig att drygt 150 människor

smittats av A/H5N1-viruset. Hälften av dem som insjuknat har dött. De som insjuknat har nästan utan undantag fått smittan sedan de varit i beröring med sjuka eller döda fåglar som varit infekterade av influensavirus, eller så har de annars varit i mycket nära kontakt med sjuka fjäderfän.

I WHO:s 6-fasiga lägesschema som beskriver en influensapandemis utveckling befinner vi oss nu i pandemilarmfas 3. Om A/H5N1-viruset, som nu står för det största pandemihotet, lär sig att smitta mellan människor, orsakar det små (fas 4) eller stora (fas 5) sjukdomsanhopningar hos människor innan den egentliga pandemin (fas 6) bryter ut.

Minskning av skadorna av en pandemi

Det är omöjligt att förutse hur allvarlig följande pandemi blir. För att kunna utarbeta beredskapsplaner behöver man ändå vissa premisser för den kommande pandemins verkningar. Som kalkylmässig grund för Finlands beredskapsplan har man valt en premiss enligt vilken 35 % av befolkningen kan smittas under pandemins första våg som varar ungefär åtta veckor; av dem kan 11 000–36 000 behöva sjukhusvård och 3 500–9 000 kan dö. En sådan pandemi skulle ha allvarligare verkningar än den s.k. asiaten 1957 och den s.k. Hongkong-influensan 1968, men klart lindrigare än den s.k. spanska sjukan 1918.

Om prevalensen under pandemin är stor och de insjuknades genomsnittliga sjukdomsbild klart svårare än vid en säsonginfluensa, kan pandemins följder för samhället bli omfattande och betydande. Sjukfrånvaron kan orsaka störningar på områden som är centrala för samhällets funktion och medborgarnas välfärd. Rykten och rädsla kan leda till överilade och skadliga överdrifter i individernas och samhällenas beteende. En flera veckor eller kanske flera månader lång funktionsstörning inom alla samhällssektorer kan också åstadkomma stora ekonomiska skador på såväl det nationella som det internationella planet.

För att minimera de skadliga effekterna av en pandemi måste de olika samhällssektorerna och förvaltningsområdena samarbeta och det kan också krävas att beslutsförfarandena påskyndas. Vid sidan av olika slags materiell beredskap är ansvaret för verksamheten på nationell nivå centralt, liksom att det finns en detaljerad handlingsplan för alla samhällssektorer för den händelse att en betydande del av arbetskraften insjuknar i influensa under en pandemivåg som varar ett par månader. Speciellt utmanande är detta för hälso- och sjukvården, där arbetsuppgifterna ökar drastiskt men ändå måste skötas så bra som möjligt, trots att en del av den ordinarie arbetskraften är sjuk och det råder brist på patientplatser. Man kan försöka fördröja pandemiförloppet och sänka belastningstopparna inom hälso- och sjukvården med olika åtgärder som fördröjer influensavirussmittans spridning i befolkningen. Till dem hör god handhygien, att man hostar på rätt sätt och att de sjuka håller sig borta från arbetsplatserna. Det kan bli fråga om att stänga barndaghem och skolor, liksom att förbjuda andra än nödvändiga sammankomster.

De skadliga effekterna av en influensapandemi kan bäst bekämpas med ett vaccin som framställts mot det virus som orsakat pandemin. Framställningen av ett sådant specifikt vaccin kan dock starta först när WHO har deklarerat att pandemin har brutit ut. Eftersom produktionsprocessen för vaccinet tar flera månader, hinner vaccinet troligtvis inte påverka den första pandemivågen. Tidigare pandemier har dock uppträtt i flera vågor och redan med tanke på den andra vågen vore möjligheten att använda vaccin viktig. Det är troligt att sedan pandemin brutit ut kommer efterfrågan på specifikt vaccin i världen att vara mångdubbelt större än utbudet. Därför har Finland ingått ett avgiftsbelagt avtal om en s.k. köplats med en holländsk vaccintillverkare. Därtill har man beställt modellvaccin. För framställningen av modellvaccin används influensa H5N1-virus som isolerats hos fåglar och som orsakat sjukdomen hos människor. Förhandlingar har förts om en samnordisk vaccinfabrik.

Tidig antiviral läkemedelsbehandling av dem som insjuknat i influensa kan lindra den sjukdom som orsakas av pandemiviruset och på så sätt betydligt minska de skador som pandemin orsakar samhället. Finland har skaffat 1,3 miljoner behandlingskurer av medicinen oseltamivir (Tamiflu) i händelse av en pandemi. Därtill har man för ett mera begränsat bruk skaffat amantadin (Atarin) och zanamivir (Relenza). Man har skaffat också andra medel, till exempel andningsskydd.

Hälso- och sjukvården under en pandemi

Under en pandemi är det hälso- och sjukvårdssystemet som utsätts för det hårdaste trycket och å andra sidan är pandemins effekter på det övriga samhället i hög grad beroende av hur hälso- och sjukvården lyckas fungera. I planen behandlas ingående hälso- och sjukvårdssystemets funktion för att minimera hotet om och de skadliga effekterna av en pandemi. Där presenteras principerna för upptäckande av influensafall och epidemier samt för undersökning och vård av patienter. I planen ges anvisningar om exceptionella vårdkedjeförfaranden inom sjukvården och placeringen av patienter samt beskrivs ansvaret för och samarbetet mellan hälso- och sjukvårdens olika verksamhetsenheter. Planen innehåller bl.a. anvisningar om smittskydd inom hälso- och sjukvården. Vidtagandet av de planerade åtgärderna inom hälso- och sjukvården förutsätter också materialanskaffningar i sjukvårdsdistrikt och kommuner.

Under pandemilarmfaserna kan det virus som orsakar pandemihotet sprida sig från människa till människa i form av lokala anhopningar eller epidemier. Om spridning från människa till människa ännu inte har iakttagits i Finland i denna situation, är målet för de åtgärder som vidtas inom hälso- och sjukvården att identifiera, vårda och isolera enskilda inresta smittade personer för att förhindra smittspridning. Sedan pandemin brutit ut ligger huvudvikten vid att fördröja dess spridning och vårda de sjuka.

Frågorna om huruvida de planerade åtgärderna är berättigade samt hur de begränsade preventions- och behandlingsmetoderna skall fördelas rättvist förutsätter en etisk diskussion. Även om Finland försöker skaffa en dos av två olika vacciner åt hela befolkningen, kan det hända att de levereras i flera olika omgångar, så eventuellt blir man tvungen att bestämma vem som skall vaccineras först. På motsvarande sätt är lagret av oseltamivir begränsat i förhållande till all tänkbar användning. Arbetsgruppen anser, att det centrala värdet vid pandemiberedskapen består i att rädda levnadsår. Å andra sidan är det viktigt att skydda arbetstagare som sköter infektionspatienter i sitt arbete både därför att de löper större risk för exponering än genomsnittet och på grund av det särskilda tryck som hälso- och sjukvårdssystemet utsätts för. Skyddsordningen för andra persongrupper bestäms på grundval av pandemivirusets egenskaper. Information om dessa fås först när pandemin redan har brutit ut.

När hotet från smittsamma sjukdomar skenbart minskade på 1970-1990-talen utvecklades ingen beredskap för att bekämpa dem. Till följd av detta har organisationen och resurserna för att bekämpa överraskande hot om smittsamma sjukdomar tunnats ut. Det är möjligt att avsevärt minska de skadliga effekterna av en influensapandemi bara om resurserna för övervakning och bekämpning av smittsamma sjukdomar garanteras på såväl riksomfattande som regional nivå.

Hälso- och sjukvården kan fungera under exceptionella förhållanden endast om både hälso- och sjukvårdspersonalen och befolkningen samt hela samhället känner till handlingsplanerna både före en pandemi bryter ut och eventuella ändringar i planerna under pandemin. Detta måste man ta i betraktande när kommunikationen och informationen tilldelas resurser på såväl riksomfattande som lokal nivå.

Tryggande av samhällets livsviktiga funktioner

Statsrådet har i sitt principbeslut definierat samhällets livsviktiga funktioner, som skall tryggas under alla förhållanden. De är ledande av staten, extern handlingsförmåga, rikets militära försvar, intern säkerhet, ekonomins och samhällets funktionsförmåga, befolkningens utkomstskydd och handlingsförmåga samt mental kriställighet.

En influensapandemi kan hota nästan alla livsviktiga funktioner i samhället. Pandemiarbetsgruppen bad att ministerierna skulle nämna sådana uppgifter inom deras förvaltningsområden vilkas skötsel måste säkerställas. Dylika kritiska uppgiftsområden är förutom social- och hälsovården åtminstone energiförsörjningen, livsmedelsförsörjningen, livsviktiga transporter, finansiering och försäkring, trafiken samt teleförbindelserna. Allvarliga störningar i vilken som helst av dessa hotar samhällets funktionsförmåga.

Vid en influensapandemi riktar sig det största trycket mot hälso- och sjukvården och dess funktionsförmåga, men pandemin drabbar också skötseln av nyckeluppgifter inom alla andra förvaltningsområden. Planen innehåller detaljerade beredskapsanvisningar för hälso- och sjukvården, och den erbjuder ett kunskapsunderlag som övriga förvaltningsområden kan använda för att uppdatera sina beredskapsplaner för en pandemi.

Ledning och befogenhetsförhållanden vid en pandemi

Ledarskapsförhållandena i en pandemisituation bestäms i enlighet med principerna för statens ledningsmodell vid civila kriser. Ledningen grundar sig på grundlagen, lagen om statsrådet, reglementet för statsrådet och annan lagstiftning som gäller myndigheterna, i synnerhet lagen om smittsamma sjukdomar. Regeringen överlägger om samordningen av de olika förvaltningsåtgärdernas åtgärder samt bereder de ärenden som statsrådet skall fatta beslut om. För den operativa ledningen svarar det lagstadgade behöriga ministeriet, som i en pandemisituation är social- och hälsovårdsministeriet. Ledningen på statsrådsnivå grundar sig på statsministerns uppgifter enligt 66 § i grundlagen. I enlighet med 10 § i reglementet för statsrådet stödjer kanslichefsmötet i egenskap av samarbetsorgan statsrådets och statsministerns verksamhet. Ministeriernas beredskapschefsmöte stödjer kanslichefsmötet.

När WHO meddelar att pandemihotet avancerat till pandemilarmfas 4 eller senast när man går in i fas 5, då viruset i högre grad smittar mellan människor, utser social- och hälsovårdsministeriet en koordineringsgrupp för pandemibekämpningen som skall leda hälso- och sjukvårdens beredskap och stödja den nationella beredskapen. Koordineringsgruppen har de uppgifter, som inte förverkligas av beredskapschefsmötet.

Länsstyrelsen samordnar de förberedelser för undantagsförhållanden som avses i beredskapslagen genom att se till att det samarbete som detta förutsätter anordnas i länet (7.4.2000/348). Länsstyrelsen leds av landshövdingen. Länsstyrelsens social- och hälsoavdelning ansvarar för att sjukvårdsdistriktens sakkunskap har anlitats för utarbetandet av regionala beredskapsplaner och för att de och kommunernas planer har koordinerats till en fungerande helhet i området i enlighet med social- och hälsovårdsministeriets anvisningar. Länsstyrelsens styrning av kommunerna i en pandemisituation sker genom ovan nämnda samordning av planeringen, utfärdandet av anvisningar och tillsyn över lagligheten.

Befogenheterna i en pandemisituation anges i lagen om smittsamma sjukdomar. De befogenheter som situationer kräver tillkommer enligt den statsrådet, social- och hälsovårdsministeriet, länsstyrelsen och det organ som ansvarar för bekämpningen av smittsamma sjukdomar och den läkare som ansvarar för smittsamma sjukdomar i kommunen samt Folkhälsoinstitutet.

Förutom för ovan nämnda instanser innehåller lagen om smittsamma sjukdomar förpliktelser även för sjukvårdsdistrikten, den läkare som ansvarar för smittsamma

sjukdomar i kommunen, den läkare som behandlar en person som insjuknat i en allmänfarlig eller anmälningspliktig smittsam sjukdom och Rättsskyddscentralen för hälsovården.

På kommunnivå har det organ som ansvarar för bekämpningen av smittsamma sjukdomar i kommunen en central position vid pandemiberedskapen och i en pandemisituation. För en god ledning måste kommundirektören och hälsocentralens ledande läkare samarbeta intensivt. Befogenheterna och beslutsfattandet ändras ändå inte.

Information är en del ledandet. Beslut om information fattas på samma nivå som beslut om åtgärder.

Verkställande av beredskapsplanen och fortsatta planeringsåtgärder

Samtliga ministerier skall se till att de lokala, regionala och riksomfattande beredskapsplanerna för de förvaltningsområden som de ansvarar för uppdateras och att det finns ekonomiska, juridiska och övriga nödvändiga förutsättningar för beredskapsåtgärderna. Varje ministerium kontrollerar att den riksomfattande planen är ajour i fråga om sådant som hör till det egna förvaltningsområdet minst en gång om året och bereder nödvändiga ändringar. Statsrådets kansli koordinerar de olika förvaltningsområdenas beredskap. Beredskapschefs- och kanslichefsmötet stöder kansliet.

Justitieministeriet har berett en reform av beredskapslagen. Där definieras en utbredd farlig smittsam sjukdom som kan jämföras med en synnerligen allvarlig storolycka som ett undantagsförhållande.

Social- och hälsovårdsministeriet har berett de ändringar i lagen och förordningen om smittsamma sjukdomar som behövs för att effektivisera bekämpningen av pandemier samt ändringar av folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård.

Finland deltar i planeringen av en eventuell samnordisk vaccinproduktion. Folkhälsoinstitutet utarbetar för vaccination av befolkningen.

Social- och hälsovårdsministeriet, Folkhälsoinstitutet, Institutet för arbetshygien, Läkeemedelsverket och Försörjningsberedskapscentralen bedömer ytterligare behov av säkerhetsupplagring av andningsskydd och andra hälso- och sjukvårdsförnödenheter i samarbete med sjukvårdsdistrikten.

Läkeemedelsverket utarbetar planer för hur de antivirala läkemedel som skaffats till säkerhetsupplagen skall distribueras, utlämnas för användning och överlämnas till patienterna samt hur användningen skall följas.

Sjukvårdsdistrikten, hälsocentralerna och andra arbetsgivare inom hälso- och sjukvården skall i enlighet med arbetarskyddsbestämmelserna ordna information om och undervisning i arbetarskydd samt se till att det finns tillräckligt med skyddsmateriel vid hälso- och sjukvårdsenheterna.

Undervisningsministeriet och social- och hälsovårdsministeriet utarbetar tillsammans en plan för utbildningen av arbetstagare som deltar i öppen- och sjukvården av influensapatienter och som rekryterats från andra uppgifter samt för beaktandet av pandemiliknande hot om smittsamma sjukdomar i grundutbildningen.

Folkhälsoinstitutet upprätthåller på internet anvisningar i anslutning till övervakningen av influensasituationen, konstaterandet av fall och sådan pandemibekämpning som kan utföras av arbetstagare inom hälso- och sjukvården och medborgare.

Ministerierna ser till att de har beredskap för kommunikation och information inom det egna förvaltningsområdet vid en pandemi. Information, anvisningar och rekommendationer på webbplatserna uppdateras och webbtjänsternas belastningsförmåga testas. Ministerierna effektiviserar ibruktagandet av VIRVE-telefonnätet och utbildningen rörande det. Olika förvaltningsområden förbereder sig på effektiviserad information och utarbetar material för detta.

Internationellt samarbete

Världshälsoorganisationen (WHO)

WHO spelar en central roll vid övervakningen av smittsamma sjukdomar. WHO bestämmer när man övergår från en pandemifas till en annan och ger rekommendationer om nödvändiga åtgärder. Den reviderade internationella hälsostadgan effektiviserar den globala bekämpningen av smittsamma sjukdomar. I WHO:s internationella influensaövervakning deltar ungefär 120 nationella influensacenter i över 80 länder, inklusive Finland. En av de viktigaste uppgifterna för WHO:s nätverk av influensalaboratorier är att upptäcka nya, ovanliga influensavirus som i värsta fall kan förorsaka en pandemi.

Europeiska unionen (EU)

Europeiska unionen har sedan 1990-talet utvecklat övervakningen och bekämpningen av smittsamma sjukdomar. Inom kommissionen är arbetet koncentrerat till generaldirektoratet för hälsa och konsumentskydd DG SANCO. Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar (European Centre for Disease Control, ECDC), som inrättades våren 2005, är en sakkunniginstitution vars vetenskapliga kunnande effektiviserar bekämpningen av smittsamma sjukdomar inom EU. Det EU-samarbete som bedrivs inom rådet, kommissionen och ECDC:s arbetsgrupper och kommittéer bidrar till att effektivisera EU:s beredskap och förenligheten mellan medlemslänternas pandemiplaner. Varje enskilt medlemsland ansvarar för beredskapen för en influensapandemi. Unionens medlemsländer är skyldiga att delta i verksamheten inom systemen för anmälan av och tidig varning för smittsamma sjukdomar. Via EU:s uppföljnings- och övervakningsnätverk för smittsamma sjukdomar får kommissionen, medlemsländerna och Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar aktuell information om epidemier inom EU.

Nordiskt samarbete

De nordiska länderna har 2002 undertecknat ett nordiskt hälsoberedskapsavtal. Genom avtalet förbinder sig de nordiska länderna till ömsesidigt samarbete inom social- och hälsovården i kris- och katastrofsituationer med beaktande av de nationella behoven. En omfattande influensapandemi är en sådan krissituation som avses i avtalet.

Ett mål i programmet för Finlands ordförandeskap i Nordiska ministerrådet 2007 är att aktivt främja det nordiska samarbetet i vaccin- och pandemifrågor. Som bäst pågår utredningsarbete om en eventuell samnordisk influensavaccinproduktion.

2 INLEDNING

På 1900-talet orsakade influensavirus tre globala epidemier, dvs. pandemier: 1918, 1957 och 1968. De påverkade befolkningens hälsa avsevärt och de hade också omfattande ekonomiska, samhälleliga och politiska följder. Den senaste tiden har man fått mera kunskap om influensavirus och pandemier och på grundval av den är det sannolikt att världens befolkning förr eller senare kommer att drabbas av en ny influensapandemi.

Under de senaste årtiondena har Världshälsoorganisationen WHO upprättat ett omfattande nätverk av expertlaboratorier för influensaövervakning. Organisationen har länge informerat om risken för en influensapandemi och rekommenderat medlemsländerna att förbereda sig på en sådan. Medlemsländerna har utarbetat planer för pandemiberedskap men i de flesta länder har förberedelserna ända tills senaste tid varit begränsade och inte omfattat alla de funktioner som bekämpningen och effekterna av en pandemi väntas beröra. På 1970-1990-talen har de otillräckliga förberedelserna hört ihop med den allmänna utvecklingen, då hotet om omfattande epidemier av smittsamma sjukdomar inte längre har upplevts som särskilt stort på grund av de framgångar som nåtts på många sjukdomsbekämpningsområden. Förberedelser för epidemier har därför inte hört till samhällets centrala beredskapsåtgärder.

Med hänsyn till det internationella mjältbrandshotet 2001, händelserna under den internationella sars-epidemin 2003 samt social- och hälsovårdsministeriets utredning 2004 är Finlands beredskap för ett biologiskt hot, dvs. en omfattande epidemi av en smittsam sjukdom eller pandemi bristfällig.

I och med att hotet om en influensapandemi har ökat har WHO, Europeiska gemenskapen samt Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar (European Centre for Disease Control; ECDC), som inledde sin verksamhet på våren 2005, upprepade gånger uppmanat medlemsländerna att uppdatera sina beredskapsplaner för en pandemi samt publicerat riktgivande strategiska och tekniska anvisningar och rekommendationer för detta. Beredskapen för en influensaepidemi har behandlats flera gånger i Europeiska unionens olika rådskonstellationer på senare tid.

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte den 21 april 2005 en arbetsgrupp för nationell pandemiberedskap som fick i uppdrag att bl.a. (1) utarbeta en nationell beredskapsplan för en pandemi, (2) dra upp riktlinjer för hälso- och sjukvårdens beredskapsåtgärder samt (3) säkerställa ett effektivt samarbete mellan förvaltningsområdena. I arbetsgruppen har funnits företrädare för social- och hälsoministeriets förvaltningsområde, Folkhälsoinstitutet, Läkemedelsinstitutet, länsstyrelserna, sjukvårdsdistrikten, primärvården, Finlands kommunförbund och organisationsfältet, jord- och skogsbruksministeriet, inrikesministeriet, utrikesministeriet och försvarsförvaltningen. Arbetsgruppen överlämnade sitt betänkande till omsorgsminister Liisa Hyssälä 15.3.2006. Efter remissförfarandet har planen uppdaterats vid social- och hälsovårdsministeriet.

Förutom det arbete som utförts av arbetsgruppen för nationell pandemiberedskap har flera ministerier och inrättningar genomfört förberedelser för att förbättra pandemiberedskapen inom det egna området.

I Europa och övriga världen bedrivs aktivt forsknings- och modellarbete som producerar ny kunskap på områden i anslutning till influensavirus, influensaepidemiologi, läkemedel, vacciner samt epidemibegränsande åtgärder. Beredskapen för följande influensapandemi är en fortlöpande process.

3 BEREDSKAPSPLANENS SYFTE

Syftet med beredskapsplanen är att styra beredskapen för en influensapandemi på alla förvaltningsnivåer inom hälso- och sjukvården samt att stödja beredskapen inom andra förvaltningsområden.

I beredskapsplanen ges en till finländska förhållanden anpassad bild av en pandemis utveckling, dess hälsomässiga, samhälleliga och ekonomiska verkningar, tillgängliga bekämpningsmetoder, etiska specialfrågor, hälso- och sjukvårdsorganisationernas ansvarsområden och specialarrangemang, beredskapen för materiella behov, behovet av samarbete mellan olika förvaltningsområden och särdragen hos organisationen under en pandemi, samt av kommunikationen och informationen. Beredskapsplanen granskar pandemier på ett övergripande sätt och skapar en grund för alla förvaltningsområdets detaljerade planer. Av praktiska skäl presenteras andra förvaltningsområdets planer än social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområdes plan i korthet i denna beredskapsplan. Ett effektivt verkställande förutsätter en mera omfattande integration av de olika förvaltningsområdenas planer.

Beredskapsplanen bör ändras när hotbilden, omvärlden samt prognos- och bekämpningsmetoderna förändras. Av denna orsak blir beredskapsplanen aldrig "färdig". En influensapandemi kan bryta ut snart eller så kan det ta flera år, och det virus som orsakar den behöver inte nödvändigtvis vara den aktuella subtypen av influensavirus. Beredskapen för en influensapandemi effektiverar samtidigt betydligt Finlands beredskap att bekämpa vilken som helst omfattande, internationell eller global epidemi. De effektiverade strukturerna för bekämpningen av smittsamma sjukdomar stödjer områden som är centrala med tanke på den fortlöpande sjukdomsbekämpningen och främjar på så sätt befolkningens hälsa. Beredskapen stödjer säkrandet av samhällets livsviktiga funktioner.

Inom hälso- och sjukvården vilar det största ansvaret vid sidan av kommunerna på den regionala organisationen, där sjukvårdsdistrikten och länsstyrelserna i samarbete styr planeringen och verkställandet av den offentliga primärvårdens och den privata hälso- och sjukvårdens beredskap. Den regionala organisationens uppgift är att organisera ett ledningsförfarande för regionen samt utarbeta en plan som beaktar regionala och lokala särdrag.

Trots att organisationen och verkställandet kan variera från region till region i landet, är målet, eftersom en pandemisituation är så exceptionell, att säkerställa att befolkningen behandlas jämbördigt. Till beredskapsplanen hänför sig också en mängd detaljerade tekniska anvisningar för de olika beredskapsområdena som i synnerhet gäller åtgärder som kan vara nödvändiga i den nuvarande pandemilarmfasen. Dessa kan ändras när kunskapen ökar. Social- och hälsovårdsministeriet och dess underlydande sakkunnigorganisationer stödjer i mån av möjlighet övriga förvaltningsområdets planering av beredskapen för infektionsepidemier och verkställandet av planerna.

Förhoppningen är att beredskapsplanen skall användas i så stor utsträckning som möjligt i beredskapsutbildningen samt i den planering och verkställighet som avpassas till lokala förhållanden. Planen skapar också en grund för den resursförstärkning som verkställandet förutsätter inom olika organisationer. Uppskattningen av de ekonomiska konsekvenserna av en pandemi fortsätter i samband med verkställandet av beredskapsplanen.

4 INFLUENZA

Influensa är en akut infektionssjukdom i luftvägarna som uppträder vintertid varje år i form av epidemier. Den orsakas av influensa A- eller B-virus. Orsaken till de återkommande epidemierna (säsonginfluensa) är att bägge virusens ytstruktur hela tiden förändras och de kan således undvika det immunförsvar som bildats i befolkningen under tidigare epidemier. Influensa A-virus förekommer i form av flera subtyper hos andra djur och i synnerhet hos sjöfåglar. Bokstäverna H och N används för att beskriva både influensavirusets smittförmåga och de äggviteämnen på virusets yta som är centrala för människans immunskydd, hemagglutinin och enzymet neuraminidas. Hos fågelvirus förekommer flera olika underformer och ett otal olika kombinationer av dessa. Epidemiska sjukdomar hos människor har under de senaste decennierna orsakats av två subtyper av influensa A-virus, H1N1 och H3N2 samt deras kombinationsvirus (reasortant) H1N2. En tidigare frisk människa tillfriskar i allmänhet utan särskild behandling inom två veckor efter en influensa, men hos äldre och människor som lider av vissa kroniska sjukdomar kan en influensavirusinfektion orsaka allvarliga följsjukdomar. Influensa bekämpas genom vaccination. Sjukdomen kan också under vissa förutsättningar lindras med antivirala läkemedel.

4.1 Influensa som sjukdom

4.1.1 Smittmekanismer, inkubationstid, smittid

Influensavirus sprids mellan människor i huvudsak via droppsmitta. Smittan kan också spridas genom direkt eller indirekt beröring. Luftburen smitta är också möjlig. Influensavirus förökar sig i luftvägarnas epitelceller och utsöndras från dem i luftvägarnas sekret. I synnerhet i samband med hosta och nysningar utsöndras stora mängder olika stora sekretdroppar från luftvägarna som sprider sig i den smittade personens närmaste omgivning, i praktiken på högst en meters avstånd. Även mikroskopiskt små droppar kan innehålla tillräckligt med livskraftiga virus för att smitta en annan människa, om de hamnar i de övre luftvägarna eller ögonens slemhinnor antingen direkt (droppsmitta) eller via händer kontaminerade med sekret från luftvägarna (direkt kontaktsmitta). Dessutom kan man få smitta via händerna från ytor eller material i omgivningen, om sekret från luftvägarna har spritts ut på dem (indirekt kontaktsmitta). Influensavirus förstörs lätt av desinfektionsmedel, likaså vid upphettning till över 60°C (se kapitel 10.4).

Inkubationstiden från den tidpunkt man smittas till symtomdebuten är i allmänhet från ett till fyra dygn, men hos barn kan den räcka upp till sex dygn. Under inkubationstiden försöker sig viruset i organismen, när organismens försvarsreaktioner som bekämpar symtomen ännu inte har hunnit utvecklas. Viruset kan hittas i sekret från luftvägarna redan innan symtomen börjar, men utsöndringen är som störst den första och andra dagen med symtom. Då är också möjligheten som störst att påvisa viruset i sekret genom laboratorietester. Därefter minskar virushalten i sekret så småningom. Hos sekret från vuxna influensapatiernas luftvägar kan virus i allmänhet hittas fem-sex dygn efter att sjukdomen brutit ut, medan barn kan utsöndra virus upp till tre veckor.

4.1.2 Sjukdomsbild

Ett typiskt symtom hos vuxna influensapatienter är akut hög feber, i allmänhet över 38°C, som kan stiga till över 40°C. I samband med febern eller efter den uppträder åtminstone något av följande symtom: halsont, torr hosta, tilltäppt näsa. Vid typiska fall uppträder dessutom huvudvärk och muskelsmärter. Febern börjar i allmänhet sjunka den tredje dagen med symtom och temperaturen blir normal inom fem eller sex dygn. Samtidigt kan luftvägssymtomen, t.ex. hosta och snuva, förstärkas. Slemutsöndringen kan öka och luftvägssymtomen kan fortsätta från en till två veckor efter att febern redan försvunnit. I de lindrigaste fallen kan influensa uppträda i form av snuva eller svalginflammation. Hos barn är hög feber, hosta och snuva de vanligaste influensasymtomen, men sjukdomen kan också vara förknippad med symptom i matsmältningskanalen, t.ex. uppkastningar, diarré och magsmärter.

4.1.3 Komplikationer

Trots att största delen av såväl barn som vuxna som drabbas av influensainfektioner tillfrisknar av sig själva, är influensa förknippad med en betydande mängd allvarliga komplikationer. Hos vuxna orsakar A/H3N2 de svåraste följsjukdomarna, medan åter bägge subtyperna av influensa A, A/H1N1 och A/H3N2, samt influensa B kan orsaka lika svåra sjukdomar hos barn.

Några bevis på risker för missbildning eller andra störningar i fosterutvecklingen finns inte i samband med vanliga influensaepidemier. I flera av varandra oberoende undersökningar har man dock beskrivit en något förhöjd risk för utvecklingsstörningar i centrala nervsystemet i samband med H2N2-pandemin 1957. I samband med H3N2-pandemin 1968 har ingen förhöjd risk påvisats. Nya undersökningar pågår.

Den farligaste influensakomplikationen är lunginflammation, som under de årliga epidemierna, dvs. den s.k. säsonginfluensan, nästan alltid orsakas av bakterier. Den vanligaste är *Streptococcus pneumoniae* (pneumokock), men orsaken kan också vara en infektion orsakad av någon annan bakterie, t.ex. *Haemophilus influenzae* eller *Staphylococcus aureus*. Lunginflammationen kan utvecklas strax efter att influensasymtomen uppträtt eller vanligtvis först i konvalescensskedet. Den kan vara livsfarlig för äldre och patienter i dåligt skick som lider av olika kroniska sjukdomar. Under tidigare pandemier, i synnerhet den s.k. spanska sjukan som började 1918, har det också förekommit lunginflammation som berott på influensavirus, och som kan utvecklas snabbt genast efter att influensasymtomen börjat och leda till döden inom några dygn. Ungefär en fjärdedel av dessa fall var unga annars friska människor och dessutom var ungefär 10 % gravida kvinnor.

Hjärtmuskelinflammation och hjärninflammation är mera sällsynta följsjukdomar i samband med influensa. Även de är förenade med betydande dödlighet. Lindrigare men besvärliga komplikationer hos barn i samband med influensa är ofta mellanöreinflammation samt hos personer i alla åldrar inflammationer i näsans bihålor.

En del av dödligheten i influensa beror på att hjärt- och blodkärslsjukdomar, lungsjukdomar och andra kroniska underliggande sjukdomar förvärras.

4.1.4 Influensa som smittar från fåglar till människor

De kända sjukdomsfall hos människor som orsakats av fågelinfluensavirus A/H5N1 avviker rätt mycket från den vanliga säsonginfluensans sjukdomsbild. Inkubationstiden är ofta längre, den kan vara åtta dygn, eventuellt också längre. Patienterna har i allmänhet hög feber och symtom som tyder på infektion i de nedre luftvägarna re-

dan strax efter att sjukdomen brutit ut. Andningssvårigheter, rosslande andningsljud och hög andningsfrekvens är typiska fynd. Nästan alla patienter har kliniskt klar lungeninflammation, och de mikrobiologiska undersökningsresultaten hittills tyder på att lunginflammationen nästan alltid är virusbaserad. Även flera andra organs funktion uppvisar störningar, nedsatt njurfunktion och hjärtförstoring är typiska fynd. I vissa fall har det dominerande symtomet varit diarré och i ett par fall har patienten haft hjärninflammation utan luftvägssymtom. Dödligheten hos virologiskt säkerställda fall har varit knappt 60 % och patienterna har i genomsnitt avlidit inom nio-tio dygn efter att sjukdomen brutit ut. Största delen av patienterna har varit barn eller unga vuxna. Om A/H5N1-viruset utvecklas till en form som sprider sig pandemiskt, kan det hända att sjukdomsbilden blir lindrigare.

År 2003 orsakade en subtyp av A/H7N7-influensan en omfattande fjäderfäepidemi i Holland. I samband med epidemin konstaterades även att samma virus orsakat sjukdomsfall hos människor. En veterinär avled av fågelinfluensainfektion, men symtomen hos de andra ungefär 90 patienterna var mycket lindriga, oftast inflammationer hos ögats bindhinna eller lindriga infektioner i de övre luftvägarna.

4.2 Smittskydd

God handhygien och skydd mot luftvägssekret är de grundläggande principerna för skydd mot influensasmitta. Noggrann, ofta upprepad handtvätt hindrar luftvägsinfektioner till följd av viruset. (se 7.1.6 *"Hygien- och desinfektionsåtgärder"*)

Sjukdomsspridningen förhindras genom att man skyddar mun och näsa med en engångsnäsduk när man hostar och nyser och genast placerar den använda näsduken bland avfallet. Händerna rengörs omedelbart efter att man hostat eller nyst genom att de tvättas med vatten och tvål eller med ett alkoholbaserat desinfektionsmedel (se bilaga 7).

4.3 Vaccin

Vaccin har använts för att förebygga influensa i mer än 50 års tid. Med årliga influensavaccinationer kan man betydligt minska de allvarliga influensainfektionerna, perioderna av sjukhusvård och dödsfallen.

Eftersom vaccinet sammansättning varierar från år till år, måste också de kliniska undersökningarna för att säkerställa att immunogenitets-, säkerhets- och effektkraven på vaccinerna uppfylls upprepas varje år. Vaccin som innehåller nya stammar godkänns enligt EU:s erkännandeförfarande där Finland deltar.

De vacciner som numera vanligtvis används mot influensa är inaktiverade vacciner. Under de senaste åren har det vid sidan av de inaktiverade vaccinerna utvecklats influensavacciner som innehåller levande men försvagade virus. Skillnaden mellan dessa är att inaktiverat vaccin ges i muskeln, medan vaccin som innehåller levande virus sprejas i näsan. Levande vaccinvirus kan förökas i epitelcellerna i den vaccinerade personens övre luftvägar och till följd av en mycket lindrig infektion får han eller hon ett immunskydd. Levande vaccinvirus har modifierats så att de inte kan förökas vid den högre temperatur som råder i de nedre luftvägarna.

I alla europeiska länder rekommenderas influensavaccinationer för personer som hör till medicinska riskgrupper och för äldre personer. I Finland har alla som fyllt 65 år om-

fattats av influensavaccinrekommendationen enligt det allmänna vaccineringsprogrammet sedan hösten 2002. År 2005 vaccinerades ungefär 52 % av dem som fyllt 65 år mot influensa i Finland. Under sin generalförsamling 2003 uppmanade WHO de olika länderna att effektivisera sina nationella influensavaccinationskampanjer, så att de som hör till riskgrupperna blir vaccinerade på ett mera heltäckande sätt.

Numera produceras varje år ungefär 300 miljoner influensavaccindoser i världen. För att prevalensen vid en influensapandemi skall kunna dämpas i större utsträckning genom vaccinationer borde produktionskapaciteten utökas betydligt de närmaste åren. Förhandlingar om samnordisk vaccinproduktion har förts under 2006.

Produktionskapaciteten kan ökas endast om vaccinindustrin anser att en kapacitetsökning är möjlig. Om vaccinationstäckningen höjs bland de rekommenderade grupperna och om vaccineringsprogrammet utvidgas till nya medicinskt motiverade grupper, t.ex. barn, minskar det influensafallen i alla åldersgrupper och ökar förbrukningen och produktionen av samt tillgången till vaccin.

4.4 Antivirala läkemedel

4.4.1 Amantadin

Den äldsta influensamedicinen, amantadin, har använts ända sedan 1960-talet. Amantadin är ett oralt läkemedel och det fås endast i form av tabletter. Sålunda är det besvärligt att använda för barn, även om läkemedlet officiellt är godkänt även för behandling och profylax av influensa hos barn över 2 år.

När amantadinbehandlingen sätts in inom två dygn efter symtomdebuten förkortar medicineringen influensasyntomens varaktighet hos vuxna med ungefär ett dygn. Medicineringen är emellertid relativt ofta förknippad med biverkningssymtom från centrala nervsystemet och mag-tarmkanalen, t.ex. sömnsvärigheter, huvudvärk, yrsel, koncentrationssvårigheter och illamående. Amantadin har effekt på största delen av influensa A-virusen, men en del av de epidemiska A-virusstammarna är resistenta mot det. Däremot har amantadin ingen som helst effekt på B-virus. Amantadin har inte heller konstaterats ha någon effekt på de aktuella fågelinfluensavirusen av H5-typ med undantag för några enskilda virusstammar.

Det kanske största problemet med amantadin är att under behandlingen utvecklar patienten snabbt virus som är resistenta mot detta läkemedel och som har normal smittförmåga. Av denna orsak används amantadin numera inte just alls för att behandla influensa, men vid influensaprofylax är det fortfarande ett användbart läkemedel t.ex. för äldre som vårdas på anstalt, om man kan undvika störande biverkningar och om de virusstammar som är i rörelse är känsliga för det.

Rimantadin är besläktat med amantadin och i vissa länder har det använts parallellt med amantadin. Det går inte att få i Finland.

4.4.2 Zanamivir

Zanamivir var den första neuraminidashämmaren och kom ut på marknaden 1999. Zanamivir binder influensaviruset till neuraminidaset och följden är att nya virus som uppstår i värdcellen inte frigörs från dess yta. Sålunda förhindrar zanamivir egentligen inte influensainfektionen på cellnivå utan stoppar infektionen från att spridas i organismen.

Zanamivir är ett läkemedel i pulverform som inhaleras direkt i luftvägarna på samma sätt som vissa astmamediciner. I Finland har som indikation för läkemedlet god-

känts behandling av influensa hos vuxna och barn över 12 år. Även om zanamivir enligt undersökningar har en klar effekt även vid influensaprofylax är detta inte en officiellt godkänd indikation i vårt land.

När zanamivirbehandlingen inleds inom två dygn efter att influensasymtomen uppträtt förkortas sjukdomen med i medeltal 1–1,5 dygn. Medicineringen är emellertid desto effektivare ju kraftigare symtom patienten uppvisar när behandlingen inleds. Zanamivir har också rapporterats i viss mån förebygga sådana infektioner i de nedre luftvägarna i anslutning till influensa vilka vanligen behandlas med antibiotika, även om det inte finns mycket forskningsrön om läkemedlets effekt i detta avseende. Vid post-expositionsprofylax i familjekretsen har zanamivirs effekt varit ungefär 80 % oberoende av om det första fallet i familjen har behandlats med medicin eller inte. Likaså har fyra veckors daglig förebyggande medicinering under en influensaepidemi rapporterats minska de laboratorieverifierade influensafallen med 67 %.

Zanamivir är mycket vältolererat. En sällsynt biverkning som rapporterats är bronkospasm efter inhalation. Av denna orsak rekommenderas att åtminstone patienter som lider av astma eller kroniskt obstruktiv lungsjukdom under zanamivirbehandlingen också har tillgång till någon snabbverkande medicin som öppnar lufttrören.

Zanamivir har effekt på såväl A- som B-influensavirus. Resistensutveckling har varit mycket sällsynt under behandlingen. Zanamivirs användbarhet i synnerhet hos äldre begränsas av den inhalator som behövs för doseringen och som kan vara besvärlig att använda för vissa patienter i synnerhet när de är sjuka.

4.4.3 Oseltamivir

Oseltamivir är den andra neuraminidashämmaren på marknaden. Det beviljades försäljningstillstånd 2002. Verkningsmekanismen är densamma som hos zanamivir.

Oseltamivir är ett oralt läkemedel som finns att få i form av både kapslar och oral suspension. Godkänd indikation för oseltamivir är behandling och profylax av influensa hos vuxna och barn över 1 år. Dosen skall reduceras för personer som lider av gravt nedsatt njurfunktion.

Oseltamivir har ungefär samma effekt vid influensabehandling som zanamivir, dvs. sjukdomen förkortas med ungefär 1-1,5 dygn, när behandlingen inleds inom två dygn efter symtomdebuten. Det har inte publicerats några direkt jämförande undersökningar om de olika neuraminidashämmarnas effekt. När det gäller oseltamivir har det ändå påvisats att läkemedlets effekt är på ett avgörande sätt beroende av hur snabbt efter symtomdebuten som medicineringen sätts in. Om oseltamivirbehandlingen kan inledas inom sex timmar efter symtomdebuten varar sjukdomen mer än hälften kortare tid än om medicineringen inleds 36-48 timmar efter symtomdebuten. Oseltamivir har påvisats minska influensarelaterade antibiotikakrävande komplikationer med ungefär 55 % och det totala antibiotikabruket med ungefär 27 %. Läkemedlet har också rapporterats minska sjukhusbehandlingarna med ungefär 60 %. Vid behandlingen av influensa hos barn kan oseltamivir minska utvecklandet av mellanöreinflammation som influensakomplication med över 40 %, när behandlingen sätts in inom två dygn efter symtomdebuten.

Vid sex veckors långtidsprofylax av influensa har effekten av oseltamivir som doserats en gång om dagen varit 76 %. Också vid postexpositionsprofylax i familjekretsen har oseltamivirs effekt på individnivå varit 85-90 %.

De vanligaste biverkningarna av oseltamivir är illamående och kräkningar, som beroende på åldern förekommer hos 5-10 % av patienterna. Dessa biverkningar är emellertid vanligtvis så lindriga att de sällan leder till att medicineringen avbryts. Förekomsten av tarmrelaterade komplikationer kan minskas genom att läkemedlet intas i samband med måltider och de försvinner i vart fall vanligtvis när behandlingen fortsätter.

Oseltamivir har i princip effekt på alla influensavirus av A- och B-typ. Det har varit sällsynt att resistent virusstammar har utvecklats under behandlingen, men enligt färsk forskning kan det vara betydligt vanligare än vad man hittills har trott att virusstammar som är resistent mot oseltamivir utvecklas under behandlingen, i synnerhet hos barn. Likaså har det på senaste tid rapporterats att hos vissa influensa A/H5N1-virusstammar som för närvarande utgör ett pandemihot har det konstaterats nedsatt känslighet för oseltamivir.

4.5 Principerna för influensadiagnostik och övervakningssystemen

4.5.1 Influensadiagnostikens grunder

Det har uppskattats att 5-20 % av befolkningen varje år får s.k. säsonginfluensavirus-smitta och att ungefär varannan smittad uppvisar sjukdomssymtom. Även under en lindrig influensaepidemi insjuknar över 125 000 invånare i influensa i Finland. Endast en liten del av dem söker läkarvård. Exakt information om förekomsten av influensa får man endast av med hjälp av de laborieverifierade fallen. Endast en liten bråkdel av influensafallen blir föremål för laborieundersökning. Laborieverifikation av influensa grundar sig antingen på att viruset eller en del av det påvisas i patientprov som innehåller luftvägssekret eller att det genom undersökning av en sjuk persons blodprov konstateras att hans eller hennes immunsystem har reagerat på en influensavirusinfektion genom att producera antikroppar mot influensavirus. I Finland erbjuder universitetens institutioner för virologi och mikrobiologi, vissa mikrobiologiska sjukhuslaboratorier, hälsocentraler och vissa privata läkarstationer och laboratorier virusdiagnostiktjänster. Vid normal patientdiagnostik används metoder med vars hjälp virus som eventuellt finns i prov på luftvägssekret vanligtvis kan identifieras som influensa A- eller B-virus senast inom ett dygn.

Folkhälsoinstitutets (KTL) influensalaboratorium utför närmare subtypbestämningar av fall som uppfyller exakta kliniska definitioner som ett led i den nationella och internationella pandemiövervakningen.

De definitioner som skall användas för vårdbeslut och övervakning under en pandemi presenteras i avsnitt 10.1.2.

4.5.2 Nationella influensaövervakningssystem

I Finland har man länge följt med förekomsten av luftvägsinfektioner och influensa hos utvalda befolkningsgrupper, bl.a. värnpliktiga. Folkhälsoinstitutet strävar efter att i samarbete med hälsocentraler och andra instanser på olika håll i landet starta ett övervakningssystem som grundar sig på noteringen av symtom hos hela befolkningen och som också skulle betjäna upptäckandet och övervakningen av influensaepidemier.

De flesta laboratorier som utför influensavirusdiagnostik anmäler positiva fynd till Folkhälsoinstitutets register över smittsamma sjukdomar, årligen sammanlagt ungefär 1 000–3 000 fall av laborieverifierad influensa.

I Folkhälsoinstitutets influensalaboratorium undersöks proven också med virusodlingsmetod. Laboratoriet isolerar influensavirus ur patientprov, bestämmer deras typ och subtyp, analyserar virusens antigena och genetiska egenskaper och följer med hur influensavirusen förändras under influensasäsongen och från en epidemi till en annan. Influenzalaboratoriet fungerar som WHO:s nationella influensacenter (National Influenza Center) och rapporterar övervakningsresultaten regelbundet till WHO:s huvud-

kvarter, Europeiska influensacentret (i London) och på grundval av bilaterala rapporteringsavtal till ungefär 20 andra nationella influensalaboratorier.

4.5.3 Internationella influensaövervakningssystem

I WHO:s internationella influensaövervakning deltar ungefär 120 nationella influensacentrer i över 80 länder. Flera nationella center (bl.a. Folkhälsoinstitutets influensalaboratorium) meddelar varje vecka sina fynd till WHO:s databas FluNet. På grundval av den virologiska och epidemiologiska information som samlas in från de nationella laboratorierna meddelar WHO:s expertgrupp rekommendationer om vaccinvirus två gånger om året. En av de viktigaste uppgifterna för WHO:s nätverk av influensalaboratorier är att upptäcka nya, ovanliga influensavirus som i värsta fall kan utvecklas till sådana som orsakar en pandemi.

Att diagnostisera influensa hos en enskild patient enbart på grundval av den kliniska bilden är i praktiken omöjligt, eftersom flera andra virus kan orsaka en liknande sjukdomsbild. Under en influensaepidemi är det ändå ganska sannolikt att en patient med feber och hosta har influensa, om liknande sjukdom förekommer i hans eller hennes närmaste omgivning. I internationella influensaövervakningssystem används därför ofta definitionen "influensaliknande sjukdom" vilken anses ge en bättre bild av förekomsten av influensa än vad som åstadkoms om man registrerar alla infektioner i de övre luftvägarna. Kraftiga epidemivågor upptäcks även med det senare tillnärmelsesättet.

Europeiska unionens influensaövervakningssystem, European Influenza Surveillance Scheme (EISS) samlar in virologiska och epidemiologiska data från medlemsstaterna och informerar om influensasituationen i Europa mellan oktober och maj. Patientuppgifter och prov för virologiska undersökningar insamlas vid hälsocentraler och privata läkarstationer som hör till givarcentralssystemet. Proven undersöks och övervakningsställen klinisk-epidemiologiska uppgifter sammanställs vid medlemsstatens EISS-laboratorium, som rapporterar dem till EISS-centret vid det holländska folkhälsoinstitutet. Av EISS statistik framgår både antalet virusfynd per vecka och antalet hälsocentralsbesök av patienter med influensaliknande sjukdomar. Finland har inte något sådant övervakningssystem, men Finland deltar i EISS verksamhet som observatörsmedlem.

4.5.4 Övervakning av influensa hos djur

Influensavirusinfektioner som i allmänhet är symtomfria hos vilda fåglar kan orsaka fågelinfluensaepidemier med symtom av olika grad hos fjäderfä. Stammar som hör till subtyperna H5 och H7 har orsakat de allvarligaste sjukdomarna. Internationella byrån för epizootiska sjukdomar (OIE, Organisation Internationale des Épizootiques) övervakar influensafall och -epidemier hos bl.a. husdjur, i synnerhet fåglar och svin. Myn-digheterna i OIE:s medlemsländer rapporterar sjukdomsfall och epidemier till OIE. Man försöker stoppa epidemier genom att avliva sjuka och exponerade fjäderfän, införa stränga specialåtgärder och begränsa djurtransporter. (Mera information på OIE:s webbplats www.oie.int)

I Finland övervakar influensalaboratoriet vid Livsmedelssäkerhetsverket (Evira), som lyder under jord- och skogsbruksministeriet, influensasituationen hos fjäderfä, importerade fåglar samt svin. Laboratoriet deltar också i den övervakning av influensa hos fjäderfä och flyttfåglar som EU förutsätter. Mera information på jord- och skogsbruksministeriets (www.mmm.fi) och Eviras:s webbplatser (www.Evira.fi).

4.5.5 Andra informationskällor om influensaepidemier

De senaste åren har de första uppgifterna om epidemier hos människor eller djur världen över ofta kommit via den internetbaserade tjänsten ProMed som upprätthålls av International Society for Infectious Diseases. Läkare, epidemiologer, mikrobiologer, hälsovårdsmyndigheter och andra människor världen över rapporterar kliniskt och epidemiologiskt ovanliga eller alarmerande sjukdomsfall och epidemier till detta system och organisationen rapporterar dem vidare via e-post och internet. Epidemiologiska iakttagelser rapporteras ofta redan innan sjukdomsorsaken har utretts i laboratorium. Information om nya fynd och epidemier som kommer via officiella organisationer som WHO och OIE samt Förenta staternas smittskyddscenter (CDC) eller Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdom (ECDC) är ofta exaktare och tillförlitligare men kommer åtminstone i det första skedet av en epidemi med fördröjning, eftersom dessa organisationer i allmänhet rapporterar endast enstaka fall och epidemier som är verifierade i referenslaboratorium eller epidemiologiskt utredda.

Risken för en influensapandemi hänför sig endast till influensa A-virus, som klassificeras i olika subtyper på grundval av egenskaperna hos de äggviteämnen, hemagglutinin (H) och neuraminidas (N) som finns på virusets yta. Av hemagglutinin känner man till 16 och av neuraminidas 9 olika subtyper och i synnerhet i influensavirus hos vilda sjöfåglar förekommer ett otal olika HN-kombinationer. Hos människor, svin, hästar och sporadiskt även hos andra däggdjur har man påträffat endast några subtyper av influensa A-virus.

En pandemi uppstår när människor smittas av en ny subtyp vars spridning inte bromsas av immunitet som är baserad på tidigare influensavirussmitta eller –vaccinationer. Alla pandemivirus har härstammat från fåglar. I de kända fallen har de överförts från fåglar till människor antingen genom stegvis anpassning (spanska sjukan 1918) eller med hjälp av en s.k. reassortationsmekanism, där humanviruset har fått gener från fågelviruset (den s.k. asiaten 1957, den s.k. Hongkong-influensan 1968). I allmänhet smittar fågelinfluensavirus dåligt till människor, och det behövs kanske en lång utvecklingsprocess innan viruset kan föröka sig effektivt och smitta från människa till människa. Ett virus som uppkommit genom reassortation kan däremot ha egenskaper som gör att det lätt och snabbt kan utvecklas till ett humanvirus och orsaka en pandemi.

Det senaste seklets pandemier upptäcktes först när det nya viruset redan hade hunnit sprida sig och orsakat omfattande epidemier i olika länder. Färska undersökningar tyder på att det virus som orsakade spanska sjukan hade gjort enstaka människor sjuka och orsakat mindre epidemier flera år innan pandemin 1918 bröt ut. Viruset hade uppenbarligen så småningom förvärvat sig pandemivirusegenskaper tills det 1918 snabbt började spridas runt jordklotet.

Nu mera kan epidemier hos fjäderfä och t.o.m. enstaka, ovanliga humanfall upptäckas snabbt tack vare de internationella influensaövervakningssystem som koordineras av WHO, OIE och FN:s livsmedels- och jordbruksorganisation FAO. På så sätt kan en pandemis utveckling följas stegvis, och man kan planera åtgärder i syfte att förhindra uppkomsten av en pandemi eller åtminstone fördröja dess utveckling.

I den pandemiberedskapsplan som WHO publicerade 2005 har en pandemis utveckling indelats i sex möjliga faser. Dessa faser presenteras i korthet nedan och i bilaga 2. Det är omöjligt att förutsäga hur länge de olika faserna varar, övergången från en fas till en annan kan ske mycket snabbt eller så kan det ta flera år.

5.1 Interpandemisk period

Fas 1

Inga nya subtyper av influensa A-virus har påträffats hos människor. Hos djur kan det förekomma virussubtyper som tidigare har orsakat infektioner hos människor, men risken för att människor skall smittas och insjukna är liten.

Fas 2

Inga nya subtyper av influensa A-virus har påträffats hos människor, men en virussubtyp som förekommer hos djur medför betydande risk för att människor skall smittas och insjukna.

Influensavirus och subtyper av influensa A-virus som förekommer hos människor undersöks i realtid inom det världsomspännande nätverk av laboratorier som koordineras av WHO. I Finland hör Folkhälsoinstitutets influensalaboratorium till detta nätverk.

Att bedöma risken för att smitta skall överföras från djur till människor och således gränsdragningen mellan faserna 1 och 2 är svår. Risken påverkas bl.a. av virusets förmåga att framkalla sjukdom hos djur och människor, förekomsten av infektioner hos husdjur och vilda djur, liksom av om infektionen är permanent eller tillfällig hos djurpopulationen. Riskbedömningen påverkas dessutom av den geografiska spridningen av influensavirusinfektioner hos djur.

5.2 Pandemilarm

Fas 3

Det förekommer att en ny subtyp av influensa A-virus smittar från djur till människor, men viruset smittar inte mellan människor, eller smittar högst sporadiskt vid nära umgänge.

Fas 4

En ny subtyp av influensa A-virus har orsakat små sjukdomsanhopningar vilket tyder på att smittspridningen från människa till människa är begränsad. Smittkedjorna är mycket lokala och visar att viruset ännu inte har anpassat sig särskilt bra till människan.

Fas 5

En ny subtyp av influensa A-virus har orsakat geografiskt begränsade stora sjukdomsanhopningar. Detta betyder att viruset i ökad utsträckning har anpassat sig till människan. Virusets förmåga att smitta mellan människor tycks ännu inte vara fullt utvecklad (risken för en pandemi är betydande).

Övergången från fas 3 (där vi befinner oss i början av 2006) till fas 4 eller 5 kan räcka årtal, men den kan också ske snabbt. Fasklassificeringen är beroende av antalet fall och sjukdomsanhopningarnas storlek och dessutom av hur svår den sjukdom är som viruset orsakar och vilka slutsatser som kan dras om virusets smittförmåga på grundval av dess genetiska eller andra egenskaper. Man försöker förhindra att pandemihotet ökar genom att bryta smittkedjorna hos människor med hjälp av bl.a. isolering, spårning och profylax. I teorin är det också möjligt att överföringen av infektioner av den nya subtypen från djur till människor kan stoppas i fas 3, varvid man kan återgå till fas 1 eller 2.

Även om händelser som hör till faserna 3-5 inträffar utanför Finland och Europa är det möjligt att enstaka smittade personer kommer till Finland. Om detta sker redan i fas 3, kan de följande faserna uppträda även i Finland.

WHO:s mål är att utveckla internationella handlingsmodeller med vilkas hjälp fas 4 (och eventuellt fas 5) kan upptäckas nästan i realtid och effektiva motåtgärder vidtas för att bryta smittkedjorna och stoppa epidemins spridning. På så sätt hoppas man kunna förhindra en övergripande pandemi. I det utkast till dokument som WHO publicerade i början av januari 2006 fastställs nationella och internationella aktörers uppgifter för att begränsa lokala epidemier.

5.3 Pandemisk period

Fas 6

Viruset har helt anpassat sig till människan och det sprids i befolkningen och orsakar omfattande epidemier som överskrider de geografiska gränserna. Uppkomsten av en global pandemi är uppenbar.

I detta skede går det inte att stoppa pandemins utveckling. Det är skäl att koncentrera alla resurser på att lindra pandemins effekter. I samband med tidigare pandemier har den första pandemivågen följts av en andra och eventuellt en tredje våg efter att den första vågen avtagit. Den andra vågen kan vara lika kraftig eller kraftigare än den första.

5.4 Postpandemisk period

Återgång till interpandemisk period.

6.1 Effekter på hälsan och hälso- och sjukvårdssystemet

6.1.1 Scenario som bygger på information om tidigare pandemier

Världshälsoorganisationen WHO konstaterar i sin pandemiberedskapsplan¹ att det är omöjligt att förutsäga tidpunkten för följande pandemi, dess intensitet eller effekter på hälso- och sjukvårdssystemet och övriga samhällsfunktioner.¹ För utarbetandet av den nationella beredskapsplanen behövs emellertid en premiss om vilka slags effekter följande pandemi kunde ha på hälso- och sjukvården och samhället i övrigt. De siffror som presenteras i det följande är alltså bara premisser för bedömningen av resursbehovet och inga prognoser. Först när ett nytt pandemivirus har orsakat större epidemier avslöjas hur de faktorer ser ut som bestämmer pandemins effekter och som kan vara åtminstone följande: särskilda egenskaper hos pandemivirusets arvs massa och uppbyggnad, i vilken mån viruset smittar mellan människor, dess förmåga att framkalla sjukdomar och känslighet för läkemedel, eventuell partiell immunitet hos vissa befolkningsgrupper samt de vacciner och antivirala läkemedel som används och övriga åtgärder som kan vidtas i syfte att minska nya infektioner.

Den A/H5N1 fågelinfluensaepidemi som började i Sydkorea i slutet av 2003 hade fram till utgången av oktober 2006 orsakat 258 laboratorieverifierade sjukdomsfall bland människor. Av dem hade knappt 60 % avlidit. Även om fågelinfluensaviruset A/H5N1 skulle utvecklas till följande pandemivirus, skulle dödligheten knappast förbli så här hög.

Det kan räcka länge för fågelviruset att anpassa sig till människan. Därför är det möjligt att det kommande pandemiviruset före den egentliga pandemivågen orsakar olika långa smittkedjor hos människor, av vilka en del även kan nå Finland. Det är skäl att försöka bryta dem med aktiva isolerings-, behandlings- och preventiva åtgärder. På så sätt kan pandemins utbrott kanske fördröjas, men ändå inte förhindras.

Den första pandemivågen som orsakar stor prevalens kan följas av en eller flera senare vågor efter en mellanliggande period på flera månader eller ett år. Under dem har prevalensen under tidigare pandemier i allmänhet – men inte nödvändigtvis – varit lägre än under den första vågen.

6.1.2 Premisser för utarbetandet av beredskapsplaner

De iakttagelser som gjorts under det senaste seklets pandemier kan användas som grund när man skall beskriva de eventuella effekterna av följande pandemi. Grundproblemet är att de tre pandemierna skiljde sig rätt mycket från varandra när det gäller svårighetsgraden och i synnerhet dödligheten. (Tabell 1)

1 http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5.pdf

Tabell 1. Mätetal för 1900-talets pandemier

Pandemi och begynnelseår	Uppskattat antal döda i världen	Prevalens i USA	Dödlighet i USA [#]
spanska sjukan 1918	50 miljoner	25 %	1,9 %
asiaten 1957	1,5 miljoner	30 %*	0,14 %
Hongkong-influensan 1968	0,7 miljoner	25 %	0,07 %

* Under asiatenpandemin var prevalensen i England 57 % och 188/1000 invånare måste få sjukhusvård².

[#] I den engelska beredskapsplanen har 0,37 % angetts som dödlighet enligt grundmodellen och 2,5 % enligt den värsta utfallsmodellen.

I följande avsnitt har som grund för de kalkyler som gäller Finland antagits att under den första pandemivågen insjuknar 35 % av Finlands befolkning i influensa inom två månader, om de inte kan erbjudas effektiv vaccinations- eller läkemedelsprofylax. I korthet presenteras också ett till Finland anpassat resultat av en annan modell med lägre prevalens.

6.1.3 Behovet av primärvårdstjänster

Alla som blivit smittade av pandemisk influensa insjuknar inte allvarligt. I England har man uppskattat att bara 10 % av de sjuka söker sig till en läkarmottagning där man enligt den engelska beredskapsplanen bedömer eventuellt behov av sjukhusvård och behandling av influensakomplicationer. Beroende på pandemivirusets egenskaper kan influensan dock orsaka komplikationer och dödsfall i alla åldersgrupper och även hos människor som i grunden är friska. Då målet är att behandla en så stor del som möjligt av de sjuka så tidigt som möjligt (< 48 h efter symtomdebuten) med antivirala läkemedel för att minska behovet av sjukhusvård, komplikationerna och antalet dödsfall, är behovet av öppenvårdstjänster betydligt större än enligt engelsmännens uppskattningar: i princip behövs de för alla som insjuknat. Det är klart att man inte kan svara på ett behov av denna storleksklass inom ramen för den normala mottagningsverksamheten.

I den följande tabellen uppskattas veckobehovet av öppenvårdskontakter enligt detta värsta alternativ. I kalkylen antar man att fallen fördelar sig symmetriskt över en tid av åtta veckor, under vilken det emellertid infaller en rätt skarp tvåveckors topp. Pandemivågens topp kan också vara mycket lägre, men på enskilda orter kan epidemitoppen vara ännu skarpare än enligt tabell 2. Det är sannolikt att epidemivågen inte uppträder samtidigt på olika håll i Finland. Sjukdomsfallens fördelning per vecka i tabell 2 torde kunna användas som hjälp när man skall bedöma pandemins effekter på olika samhällsfunktioner.

Tabell 2. Behovet av öppenvårdstjänster under en åtta veckors pandemi

Mätare	Pandemivecka							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Procent av befolkningen	1	2	5	10	9	5	2	1
Antal i Finland	52 000	104 000	260 000	520 000	468 000	260 000	104 000	52 000
Antal / 100 000	1 000	2 000	5 000	10 000	9 000	5 000	2 000	1 000

2 Gani et al. <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol11no09/04-1344.htm>

6.1.4 Behovet av sjukhusvård samt dödlighet

I det följande presenteras pandemins effekter på behovet av sjukhusvård och dödligheten. Resultaten bygger på två olika modeller där man använder sig av olika premisser.

Förenta staternas Centers for Disease Control and Prevention (CDC) har utvecklat det Microsoft Excel-baserade programmet FluSurge³, med vars hjälp man kan uppskatta anlitandet av sjukhustjänster under en pandemi. Modellen utgår ifrån att behovet av sjukhusvård och risken för dödsfall är beroende av den smittade personens ålder enligt ett visst schema. Dessutom antas att sjukhusvården varar i genomsnitt sju dygn, att ungefär 15 % av de influensapatienter som kommer in för sjukhusvård behöver intensivvård och ungefär 7,5 % respirator. Intensivvården och respiratorvården har beräknats pågå i medeltal 10 dygn. Det är skäl att beakta att dessa premisser inte nödvändigtvis motsvarar finländsk vårdpraxis och att de i vart fall är bara premisser för beräkningen. FluSurge-programmet beaktar inte heller eventuella antivirala läkemedel eller vacciner som används och med vilkas hjälp behovet av sjukhusvård och dödligheten kan fås att minska avsevärt.

I tabellerna 3 och 4 har FluSurge-programmet anpassats till finländska förhållanden med utnyttjande av de siffror som Statistikcentralen publicerat om befolkningens antal i olika åldersgrupper 2004⁴ och med antagandet att 35 % av befolkningen insjuknar under åtta veckor. Tabell 3 presenterar de möjliga scenarierna "medelmåttig", "lindrig" och "svår" som utarbetats med hjälp av programmet. I denna kalkyl antas att 1,51 % (0,63–1,96 %) av de insjuknade behöver sjukhusvård. Av tabellen framgår antalet sjukhusvårdsperioder och dödsfall per vecka. Tabell 4 presenterar uppskattningar av antalet patienter som kommer till sjukhus och som befinner sig på sjukhus samt av behovet av intensivvård och respiratorer (siffrorna i relation till 100 000 invånare). Dödligheten (0,5 % av alla kliniskt sjuka patienter) i det svåra scenariot i tabell 3 kan också vara underskattad.

Tabell 3. Patienter som behöver sjukhusvård och dödsfall under en influensapandemi (beräknade med FluSurge-programmet; 35 % av befolkningen antas insjukna under 8 veckor)

Scenario	Befolkning	Sjukhusvårdsperioder	Dödsfall
Medelmåttig	Hela landet	27 500	5 650
	Fall per 100 000 invånare	530	109
Lindrig	Hela landet	11 480	3 450
	Fall per 100 000 invånare	221	66
Svår	Hela landet	35 690	9 050
	Fall per 100 000 invånare	686	174

3 <http://www.cdc.gov/flu/flusurge.htm>

4 http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html

Tabell 4. Användningen av sjukhusjänster per vecka under en åtta veckors pandemi när prevalensen är 35 % (fall per 100 000 invånare; beräknade med FluSurge-programmet)

Scenario	Fall	Vecka							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Medelmåttig	Influensapatienter till sjukhus	21	53	79	101	101	79	53	32
Lindrig	Influensapatienter till sjukhus	13	22	33	42	42	33	22	13
Svår	Influensapatienter till sjukhus	41	69	103	130	130	103	69	41
Medelmåttig	Influensapatienter på sjukhus	21	53	79	101	106	97	75	50
Medelmåttig	Influensapatienter i intensivvård	5	10	16	20	22	22	17	12
Medelmåttig	Influensapatienter som behöver respirator	2	5	8	10	11	11	9	6

Man bör lägga märke till att man lätt kommer till mycket olika siffror i kalkylerna beroende på premisserna och vilka formler som används. I olika länders uppskattningar har bl.a. andelen av alla sjuka som behöver sjukhusvård och den uppskattade dödligheten varierat. En fransk modellundersökning⁵ som presenterar möjliga effekter av en influensapandemi har använt sig av premisser som avviker från dem som använts ovan: den totala prevalensen under pandemin är 25 % av befolkningen men andelen som måste ha sjukhusvård större än den ovan beskrivna och dödligheten 0,8 % av de insjuknade. Anpassas denna kalkylmodell till Finland får vi drygt 50 000 sjukhusvårdsperioder och ungefär 10 000 avlidna, dvs. större siffror än enligt FluSurge-kalkylmodellen, trots att grundpremisen, den totala prevalensen, är mindre.

6.2 Ekonomiska, sociala och politiska följder

Förutom de skadliga effekter som en influensapandemi har på befolkningens hälsa har den omfattande ekonomiska, sociala och politiska verkningar. Under sars-epidemin uppskattade Hongkong de ekonomiska förlusterna i Sydostasien till ungefär 60 miljarder US-dollar och i Toronto uppskattades skadorna till 2 miljarder Kanadadollar trots att hela epidemin omfattade endast drygt 8 000 fall, i Toronto ungefär 250. Största delen av de ekonomiska förlusterna drabbade andra sektorer än hälso- och sjukvården.

Förutom de direkta hälso- och sjukvårdskostnader som sjukdomsfallen orsakar samt den minskade produktiviteten hos de sjuka och dem som vårdar dem medför pandemi-hotet och pandemin ekonomiska förluster för i synnerhet turismen och handeln.

De A/H5N1-influensaepidemier hos fåglar som förekommit på ett växande område i Asien har väckt oro bland dem som planerar att resa till dessa länder. Det ringa antalet humanfall samt avsaknaden av smitta mellan människor har tills vidare förhindrat ett omfattande turistbortfall på de berörda turistmålen. Trots information om riskerna och hur de förebyggs är det på grundval av förfrågningar bland befolkningen uppenbart att även en liten ökning av A/H5N1-influensavirusets smittbarhet mellan människor skulle leda till en kännbar minskning av turismen till områdena i fråga. I samband med de enstaka "sannolika sars-fall" som förekom i Finland i samband med sars-epidemin började utländska mötes- och researrangörer inhibera resor och möten trots att un-

5 Doyle A., tills vidare opublicerade uppgifter

dersökningar rätt snart uteslöt sars i de aktuella fallen. I samband med sars-epidemin minskade efterfrågan på resor till Sydostasien snabbt och kraftigt. Enligt dagens uppfattning är begränsningar av resandet eller sällning eller avvisande av resenärer vid gränsovergångar inte av någon större vikt för att begränsa en pandemis förlopp eller effekter. Det är emellertid sannolikt att man i vissa länder på grund av den upplevda risken eller försiktighetsprincipen, som eventuellt dikteras av ett politiskt tryck, utfärdat även ogrundade restriktioner som i stor utsträckningen och helt i onödan drabbar turismen.

Under ett pandemihot innebär finländska bolags internationella verksamhet i länder där det förekommer fjäderfäepidemier som sprider smitta eller de första humanepidemierna särskilda problem. Det kan hända att man tar i bruk företagsspecifika restriktioner för resor eller beslutar att hemförlova personalen på grundval av personlig eller företagsspecifik riskbedömning, något som avsevärt skadar affärsverksamheten. Dessutom måste man beakta arbetsgivarens arbetarskyddsförpliktelser, som kan vara problematiska när det är fråga om internationell arbetskraft. Besluten kan ha avsevärda ekonomiska följor för de berörda företagen och följdverkningar för många samarbetspartner.

Influensa är en zoonos, dvs. en infektion som förekommer hos både djur och människor. I den nuvarande larmfasen, som orsakats av fågelinfluensan A/H5N1, är det framför allt fråga om en infektion hos djur, som sporadiskt överförs till människor i särskilda exponeringssituationer. Fjäderfäepidemier begränsas med hjälp av karantän och avlivning av djuren, något som i de sydostasiatiska länderna har försatt i synnerhet dem som föder upp små mängder fjäderfä för husbehov i ekonomiskt trångmål. Eftersom det är möjligt att smittas när man hanterar sjuka djur eller animaliska produkter har fågelinfluensaepidemierna lett till omfattande begränsningar av handeln med fjäderfä i epidemiländerna. Trots att syftet med begränsningarna framför allt är att förhindra att djursjukdomen sprider sig mellan länderna, väcker de bland befolkningen oro även för riskerna med ofarliga animaliska produkter. Detta leder till betydande ekonomiska förluster för producenterna och handeln. I Italien, där det inte har förekommit några fall av A/H5N1 hos fåglar 2005, minskade konsumtionen av fjäderfäprodukter drastiskt hösten 2005 och förlusterna för landet beräknades uppgå till hundratals miljoner euro redan två månader efter att nyhetsrapporteringen om fågelinfluensaepidemierna i andra länder började. När hotet om en pandemi växer i och med att antalet fall där influensaviruset smittar mellan människor ökar, blir sjukdomen i allt högre grad en sjukdom som är begränsad enbart till människor, och djurens betydelse som smittkälla minskar. I en pandemisituation är djurens andel av smittrisen i praktiken betydelselös. I samband med sars-epidemin föreskrev vissa länder importbegränsningar även för andra produkter än animaliska, trots att ingenting tydde på att produkterna skulle ha kunnat överföra infektionen.

En pandemi som gör att en stor del av befolkningen insjuknar har effekter på samhället. Infektionshotet kan orsaka spänningar mellan arbetstagare och arbetsgivare bl.a. när t.ex. servicearbete är förenat med särskild risk för exponering för en influensainfektion. I synnerhet inom hälso- och sjukvården är arbetsplikten och det infektionshot som arbetet medför förenade med arbetsetiska frågor som är väsentliga med tanke på hälso- och sjukvårdssystemets funktion. Frågan om hur användningen av begränsade bekämpnings- eller behandlingsmetoder skall prioriteras kan leda till en upprivande diskussion i samhället. Stor prevalens inom olika arbetssektorer i samhället kan allvarligt begränsa de tjänster som grundskyddet förutsätter.

Statens ekonomiska forskningscentral VATT har analyserat de samhällsekonomiska effekterna av en influensapandemi. En pandemi skall ha en kraftig inverkan på den tillgängliga arbetsinsatsen för samhällsekonomin. En pandemi skulle ha samma verkan som en djup depression. Man kan anta att effekterna vore störst inom den arbetskrafts-

intensiva servicebranschen. I en del alternativ antar man att prevalensen vore större inom servicesektorn än inom industrin. Sjukfrånvaron samt den ökade dödligheten skulle också på lång sikt ha en minskande inverkan på nationalprodukten. Resultaten av undersökningen finns på Försörjningsberedskapscentralens webbplats www.huolto-varmuus.fi.

I Finland skulle enbart vården av de sjuka förorsaka direkta merkostnader för såväl staten som kommunerna. Kostnadernas storlek förutsätter att de delas på ett rimligt sätt mellan staten och kommunerna.

Pandemiernas internationella, globala karaktär skapar situationer som förutsätter intensivt, internationellt samarbete. Av olika skäl kan åsikterna eller verksamhetssätten skilja sig från varandra i de olika länderna. Syftet med den reviderade internationella hälsostadgan, som träder i kraft 2007, är att med Världshälsoorganisationen WHO som koordinator skapa nya verksamhetssätt i samband med plötsliga hot om smittsamma sjukdomar. Målet är i synnerhet en tidig, öppen informationsförmedling, växelverkan mellan WHO och medlemsländerna vid beslut om verksamhetssätt och rekommendationer, samt strävan efter enhetliga metoder som skadar turismen och handeln så litet som möjligt. Det är emellertid möjligt, t.o.m. sannolikt, att uppgifter om hotsituationen fås med dröjsmål från vissa länder. Det kan också hända att länderna sätter upp restriktioner för turismen eller handeln som WHO inte rekommenderar och de andra länderna inte stödjer. Detta kan leda till spänningar mellan länderna. Särskilt problematiskt kan det vara när grannländernas uppfattningar om nödvändiga förfaringssätt skiljer sig från varandra. EU samt dess nyligen inrättade Europeiska centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) stödjer EU:s medlemsländer vid skapandet av enhetliga verksamhetssätt inom hälso- och sjukvården, fastän de egentliga besluten om åtgärder fattas i medlemsländerna. Inom t.ex. jord- och skogsbruksministeriets förvaltningsområde föreskrivs dock om enhetliga motåtgärder i alla medlemsländer genom lagstiftningsakter och beslutsfattande på EU-nivå.

Finland hör till de rika industriländerna som kan skaffa sig de vacciner, läkemedel och förnödenheter som beredskapen förutsätter. Globalt, t.o.m. inom EU, råder det stora skillnader mellan ländernas materiella beredskap. Utvecklingsländerna har inga möjligheter att förbereda sig på en pandemi. I de olika pandemilarmfaserna kommer frågor om internationell solidaritet att väckas och det borde finnas färdiga nationella och internationella förfaringssätt för att hantera dem.

METODER FÖR ATT MINSKA EFFEKTERNA AV EN PANDEMI

7.1 Fördröjd smittospridning

Det finns en mängd olika sätt (*bilaga 3*) att avvärja ett influensapandemilarm (WHO fas 3–5) eller en pandemi (fas 6) vilka inte baserar sig på användningen av vacciner eller läkemedel. Syftet med dem är (1) att minska virusets internationella spridning genom t.ex. begränsning av kommunikationer och sällning av resenärer, (2) att hindra smittspridning inom respektive land och hos befolkningen i landets olika regioner genom bl.a. isolering och vård av sjuka, övervakning av och karantän för exponerade, åtgärder som ökar det sociala avståndet, t.ex. stängning av läroinrättningar, (3) att minska smittriskerna för enskilda personer genom bl.a. god handhygien samt (4) att informera befolkningen om risken och individuella motåtgärder.

I faserna 3–4 av ett influensapandemilarm är det viktigt att förhindra smitta från djur till människor genom att bekämpa influensavirusinfektioner hos produktionsdjur, i synnerhet fjäderfä. När fjäderfä insjuknar i en influensavirusinfektion som orsakat pandemilarm förhindras smitta till människor med de metoder som beskrivs i *bilaga 4 "Minskning av smittriskerna för människor i samband med fågelinfluensaepidemier hos fjäderfä"*.

Det finns inte mycket vetenskapliga rön om effekten av de bekämpningsmetoder som uppräknas i *bilaga 3 "Rekommenderade motåtgärder som inte baserar sig på användningen av vacciner eller läkemedel"* när en pandemisk influensa hotar eller under en pandemi. På grundval av erfarenheter som erhållits i samband med tidigare pandemier har man bildat sig en uppfattning om vilka bekämpningsmetoder som sannolikt har påverkat pandemiernas förlopp och vilka åtgärder som sannolikt har varit verkningslösa.

I samband med de epidemisituationer som orsakas av den årliga säsonginfluensan och bekämpningen av dem har det samlats information som är till nytta vid utarbetandet av anvisningar om pandemibekämpning. Under sars-epidemin 2003 vidtog man i vissa länder och inom den internationella flygtrafiken omfattande motåtgärder, och det har gjorts noggranna utredningar om deras genomförbarhet och nyttan av dem med tanke på bekämpningen av sjukdomsspridningen. På grund av skillnaderna mellan de sätt på vilka influensa och sars smittar är det ändå skäl att vara försiktig med att tillämpa erfarenheterna från sarsbekämpningen på bekämpningen av pandemisk influensa.

Under ett pandemilarm och en pandemi görs det utredningar som kan ge klarare uppgifter om motåtgärdernas effekter. Motåtgärderna styrs utgående från dem och ineffektiva eller onödiga åtgärder läggs ner. WHO spelar en central roll vid utarbetandet av rekommendationer och deras uppdatering. Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar ECDC är en viktig aktör vid förmedlingen av kunskapsunderlag för motåtgärder.

WHO:s expertgrupp har utarbetat rekommendationerna i *bilaga 3* om andra åtgärder för att bekämpa en influensapandemi än sådana som baserar sig på användningen av vacciner eller läkemedel. WHO:s rekommendationer har intagits i den bifogade tabellen till anvisningen som sådana med undantag för några få ändringar som beror på förhållandena i Finland.

Rekommendationerna om användningen av olika bekämpningsmetoder avviker från varandra i de olika pandemilarm- eller pandemifaser som WHO fastställt. Orsaken är att syftet med motåtgärderna varierar avsevärt mellan faserna 3–5 och fas 6.

I faserna 3–5 är antalet fall litet. Syftet med verksamheten är att helt och hållet förhindra uppkomsten av en pandemi eller att avsevärt skjuta upp tidpunkten för dess utbrott. När pandemin brutit ut (fas 6) är målet att skjuta upp tidpunkten när pan-

demin når sin kulmen, att minska de skadliga effekterna på befolkningens hälsa samt att säkerställa de centrala funktionerna. Under en pandemi är antalet fall mycket stort och risken för att hela befolkningen skall smittas så stor att vissa av de bekämpningsmetoder som använts i faserna 3–5 inte är genomförbara på grund av att resurserna är begränsade. Vissa av de metoder som använts i faserna 3–5 har inte längre någon inverkan på pandemins förlopp i fas 6.

De tidigare pandemiernas effekter på befolkningens hälsa har varierat kraftigt. Det är uppenbart att den uppfattning om den kommande pandemins svårhetsgrad som uppstår när pandemilarmet fortgår påverkar ibruktagandet av i synnerhet sådana bekämpningsmetoder som på ett betydande sätt stör samhällets funktion. Om kunskaperna i pandemilarmfaserna 4–5 tyder på ett liknande hot som spanska sjukan 1918 är det med tanke på samhället mera motiverat med omfattande motåtgärder som kan störa samhällets funktion än om prognosen i faserna 4–5 tyder på pandemier liknande dem åren 1957 och 1968 (asiaten, Hongkonginfluensan; se kapitel 6.1).

WHO:s beredskapsplan delar in annan bekämpning än sådan som baserar sig på vacciner och antivirala läkemedel i nedanstående delområden, vilkas rubriker hänvisar till det detaljerade pandemilarmfasvisa specificeringen enligt WHO:s plan i bilaga 3 *”Rekommenderade motåtgärder som inte baserar sig på användningen av vacciner eller läkemedel”*. En del av dessa motåtgärder behandlas mera detaljerat i andra kapitel i planen, som det hänvisas till nedan.

7.1.1 Information och kommunikation till medborgarna

Befolkningen samt de yrkesgrupper som deltar i motåtgärderna informeras aktivt i alla faser av pandemilarmet och pandemin. Syftet med information är att för respektive målgrupp producera väsentlig information om epidemin och smittriskerna samt preventionen utan att väcka onödig oro bland befolkningen. Det är speciellt viktigt att i förebyggande syfte informera om följande faser. På så sätt försöker man stödja olika organisationers beredskapsarrangemang och berätta för befolkningen hur varje medborgare kan påverka smittrisken. Information och kommunikation behandlas närmare i kapitel 13 av pandemiplanen.

7.1.2 Åtgärder som minskar risken för att sjuka sprider infektionen

Detaljerade åtgärder presenteras i kapitlen 10.3.1 *”Vårdkedjan inom sjukvården och placeringen av patienter”* samt 10.4 *”Skydd mot smitta inom hälso- och sjukvården”* i pandemiplanen.

7.1.3 Åtgärder som minskar risken för att exponerade sprider infektionen

I pandemilarmfaserna 3–5 är det väsentligt att bryta smittkedjan genom att rikta åtgärder till symptomfria personer som har blivit nära utsatta för sjukdomsfall som infekterats av det influensavirus som orsakat pandemilarmet. Definition och spårning av exponerade, förebyggande användning av antivirala läkemedel efter exponeringen samt användningen av karantän behandlas närmare i kapitel 10.2 *”Åtgärder med avseende på exponerade”*.

Under en pandemi är det inte längre motiverat att spåra exponerade, eftersom smitta förekommer allmänt i alla befolkningsgrupper har åtgärden ingen inverkan på pandemins förlopp och det finns inte heller resurser för spårning.

7.1.4 Åtgärder som minskar det sociala umgänget

Man kan minska risken för att luftvägsinfektioner, t.ex. influensa, skall smitta genom att stanna hemma när symtomen yppar sig. Befolkningen ges anvisningar om hur man kan minska smittrisken i hemmet när en person insjuknar. Den som är lindrigt sjuk kan ofta distansarbete hemifrån. Man borde förbereda sig på denna möjlighet.

I pandemilarmfaserna 4–5 samt under en pandemi kan det vara motiverat att ge rekommendationer eller föreskrifter om bl.a. stängning av förskolor och skolor, inhibering av evenemang för allmänheten, hemförlovning av värnpliktiga eller stängning av offentliga serviceinrättningar (t.ex. idrotts- och kulturlokaler). Expertrekommendationerna baserar sig då på en uppskattning som utgår från de uppgifter om pandemilarmvirusets egenskaper som insamlats i begynnelseskedet av pandemilarmet samt betydelsen av den smittspridning som sker i skolor eller andra sammanhang för pandemins förlopp i den aktuella fasen.

Det finns inga bevis på att användningen av mun- och nässkydd bland befolkningen skulle ha någon effekt på bekämpningen av en influensapandemi eller säsonginfluensa. WHO rekommenderar inte att befolkningen använder andningsskydd, men konstaterar att kunskapsunderlaget om nyttan av denna metod är bristfälligt. Andningsskyddens egenskaper och användningsrekommendationerna presenteras närmare i kapitel 10.4 och bilaga 6. Anvisningar om skydd för personer som exponeras för fåglar eller deras utsöndringar vilka krävs vid en eventuella influensaepidemi bland fjäderfä ingår i bilaga 4.

7.1.5 Åtgärder som förkortar dröjsmålet mellan symptomdebuten och isoleringen

I alla faser av ett pandemilarm och en pandemi kan smittan minskas genom att man informerar på ett sätt som gör att de sjuka på ett tidigt stadium känner igen sin sjukdom som misstänkt influensa som orsakat pandemilarmet (faserna 3–5) eller som ett sannolikt fall av pandemisk influensa (fas 6). Om patienten i ett tidigt skede känner igen sin sjukdom får det honom eller henne att söka sig till rätt verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården och effektiv isolering i faserna 3–5 samt att uppträda på ett sätt som minskar smittan (hemvård, hygien) och söka sig till behörig vårdenhets i fas 6. Hälso- och sjukvårdsarrangemangen beskrivs närmare i kapitel 10.3.

7.1.6 Hygien- och desinfektionsåtgärder

Jämförande undersökningar har gett bevis på att omsorgsfull, ofta upprepade handtvätt bland befolkningen förhindrar luftvägsinfektioner som orsakas av virus. Användningen av desinfektionsmedel ökar inte effekten i detta sammanhang. Rekommendationen avviker från de rekommendationer som getts hälso- och sjukvårdspersonalen därför att inom hälso- och sjukvården har rekommendationerna om handhygien också andra smittbekämpande syften.

Det finns inga på forskning baserade bevis om vilken roll hygienens när man hostar spelar vid influensasmitta. Smitta som orsakas av droppar som uppkommer när man hostar och nyser är dock en viktig smittmekanism vid influensa. Därför är det motiverat att informera befolkningen om hur man skall hosta för att minska spridningen av droppar och risken för att de sannolikt hamnar på händerna eller ytor i omgivningen (*bilaga 7*).

Man bör undvika att luftvägssekret hamnar på olika ytor i omgivningen. Om det ändå sker tvättas ytan omsorgsfullt med vanligt rengöringsmedel.

Under en pandemilarmfas eller pandemi kan det rekommenderas att man undviker handskakningar och andra sätt att hälsa som innebär att människor rör vid varandra, för att minska risken för kontaktsmitta.

I allmänna lokaler undviker man i mån av möjlighet att beröra sådana ytor som kan vara kontaminerade med luftvägssekret.

Skydd mot smitta inom hälso- och sjukvården behandlas i kapitel 10.4.

7.1.7 Åtgärder mot dem som anländer till och lämnar ett pandemiområde inom landet

I de olika faserna av ett pandemilarm och en pandemi uppmanas befolkningen att undvika miljöer och särskilda exponeringssituationer som hänför sig till en pågående epidemisituation i Finland. Om det i Finland finns områden som är fria från den influensa som orsakar larmet eller pandemin, är en rekommendation om att uppskjuta icke-nödvändiga resor motiverad i faserna 4–6. Det är ändå inte till någon nytta att helt förbjuda resor inom landet, om en situation som orsakar pandemilarm förekommer endast i vissa regioner i landet.

7.1.8 Åtgärder mot internationella transporter och resenärer

Under ett pandemilarm och en pandemi meddelar WHO och Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar ECDC situationsspecifika rekommendationer om åtgärder i anslutning till internationella transporter och internationell handel i syfte att precisera ställningstagandena i WHO:s pandemiplan (se litteraturförteckningen). Inom EU försöker man i så stor utsträckning som möjligt genomföra motåtgärderna på samma sätt i olika medlemsländer så långt som möjligt på grund av kommissionens, medlemsländernas och ECDC:s gemensamma konsultationer.

Kontroll- och restriktionsåtgärder som är ineffektiva med tanke på bekämpningen kan orsaka stora internationella ekonomiska och samhällsliga förluster utan att de påverkar pandemilarmets eller pandemins förlopp. Därför är det viktigt att basera förfarandena på rekommendationer från ovan nämnda internationella organisationer som befinner sig i en nyckelposition. WHO betonar att de åtgärder som är centrala för pandemibekämpningen vidtas på nationell nivå inom respektive land, åtgärder som riktar sig mot internationella transporter har ringa betydelse för pandemibekämpningen.

En viktig sak är att informera resenärerna om den aktuella pandemisituationen. I lämpliga sammanhang, t.ex. på flygplatser och gränsövergångsställen ges de information om sjukdomen och smittriskerna samt hur de skall gå till väga om de eventuellt blir sjuka efter resan. Beroende på hotsituationen ges rekommendationer om att skjuta upp icke-nödvändiga internationella resor.

Sällning av resenärer som anländer till Finland från ett pandemilarmområde för att upptäcka symptom eller identifiering av sådana som hör till riskgruppen med hjälp av en blankett som fylls i under resan är inte till någon nytta. Erfarenheterna av tidigare influensapandemier och sars-epidemin har visat detta.

Sällning av resenärer från ett sådant pandemilarmområde där infektion har konstaterats hos människor med hjälp av en förfrågan eller mätning av feber kan vara motiverat i pandemilarmfaserna 4–5 och under en pandemi. Sjukas avresa från larmområdet bör uppskjutas.

En resenär kan insjukna i en influensaliknande sjukdom även under flygresan. I pandemilarmfaserna 4–5 samt under en pandemi uppmanas resenärerna att underrätta ka-

binpersonalen om influensaliknande symtom. I mån av möjlighet placerar personalen sjuka passagerare i en skild del av kabinen. Hälsovårdsmyndigheterna i ankomstlandet meddelar sådana uppgifter om passagerarna till andra länder som kan vara nödvändiga för bekämpningen och för att spåra dem som exponerats i transportmedlet.

7.2 Vacciner

7.2.1 Influensavacciner

Från modellvaccin till specifikt vaccin

De skadliga effekterna av en influensapandemi kan bäst bekämpas med ett vaccin som framställs mot det virus som orsakat pandemin. Framställningen av ett sådant specifikt vaccin kan dock starta först när WHO har deklarerat att en pandemi har brutit ut. Då produktionsprocessen för vaccinet tar flera månader hinner vaccinet troligtvis inte påverka den första pandemivågen. Tidigare pandemier har dock uppträtt i form av flera vågor och ett specifikt vaccin skulle sannolikt finnas tillgängligt redan för att bekämpa den andra vågen. Det specifika vaccin som utvecklas för följande pandemi innehåller sannolikt inaktiverade genetiskt modifierade hela pandemivirus eller renade delar av dem.

En så snabb framställning och ibruktagande som möjligt av ett specifikt vaccin baserar sig på undersökningar som har gjorts med ett modellvaccin. Att framställningsmetoden för modellvaccinet godkänns och att de kliniska undersökningar som utförts med det uppfyller kraven är en förutsättning för framställningen av specifikt vaccin.

I modellvacciner används influensavirus som isolerats hos fåglar och som har orsakat sjukdomen hos människor. Det allmänast använda viruset 2005–06 är A/H5N1. Beroende på vaccintillverkaren framställs modellvaccinet i hönsägg eller cellodlingar. Egenskaperna hos modellvaccin som innehåller olika antigenmängder och adjuvanter undersöks genom att man vaccinerar försöksdjur och människor. Sammansättningen hos det försöksvaccin som ger det bästa immunförsvaret dokumenteras och ansökningar om försäljningstillstånd för vaccinet lämnas in till Europeiska läkemedelsmyndigheten (European Agency for Evaluation of Medical Products, EMEA). Med detta tillvägagångssätt kan framställningen av specifikt vaccin starta genast när WHO har deklarerat att pandemin brutit ut och när ett pandemivirus av den aktuella influensavirussubtypen har isolerats och modifierats genetiskt så att det lämpar sig för vaccinframställning. I detta skede ansöks också om försäljningstillstånd för det egentliga specifika vaccinet hos EMEA.

Förutom att modellvaccinundersökningarna kan påskynda produktionen av specifikt vaccin och godkännandet av det för användning, kan själva modellvaccinet eventuellt också användas för att skydda befolkningen.

När pandemin bryter ut borde vaccinationerna i syfte att skydda befolkningen inledas så snabbt som möjligt. Det tar emellertid tid att få fram det egentliga specifika vaccinet. De första doserna kan tas i bruk tidigast tre månader efter att pandemin deklarerats och det räcker minst ett halvt år innan vaccinet finns för användning i Finland. Därför kan det vara klokt att skaffa modellvaccin i lager för ett eventuellt snabbt ibruktagande. Av denna orsak strävar Finland efter att skaffa modellvaccin för hela befolkningen. Om pandemiviruset avviker endast litet från modellvaccinets virus kan ett snabbt inledande av vaccinationer med modellvaccinet minska antalet svåra sjukdomsfall och dödsfall. För att effektivisera skyddet ges en andra vaccindos med specifikt vaccin genast när det är möjligt.

Hur vaccineringarna skall inriktas och praktiska anvisningar behandlas i kapitel 10.6.

Myndighetsgodkännande av modellvaccin och specifikt vaccin

Ansökan om försäljningstillstånd för modellvaccinet lämnas till Europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA) och ansökan bedöms i läkemedelspreparatskommittén (CPMP). Därefter fattar EU-kommissionen det egentliga beslutet. För ansökan om försäljningstillstånd för specifikt vaccin som baserar sig på modellvaccinet görs en variationsansökan till EMA, där man meddelar vilka ändringar som företas i vaccinet, t.ex. byte av virusstam. Med detta förfarande är det möjligt att få försäljningstillstånd för pandemi-vaccinet (det specifika vaccinet) inom ungefär en vecka. Ett av kommissionen meddelat försäljningstillstånd är som sådant giltigt i alla medlemsstater.

Finlands Läkemedelsverk skall dessutom vid behov ta ställning till vilka krav som i Finland skall ställas vacciner som utlämnas för att användas för bekämpningen av en pandemi.

Om pandemin bryter ut innan tillverkarens modellvaccin har hunnit få EU:s försäljningstillstånd, kan försäljningstillstånd inte heller fås för samma tillverkarens specifika vaccin enligt påskyndad behandling. I en sådan situation ger lagen om smittsamma sjukdomar social- och hälsovårdsministeriet möjlighet att använda vaccin för bekämpning av en epidemi som utgör ett direkt och allvarligt hot mot folkhälsan. Läkemedelsverket tillhandahåller vid behov sakkunnighjälp.

Produktionens särdrag

Sedan pandemin brutit ut kommer den globala efterfrågan att vara enorm och preparatet måste så snabbt som möjligt fås ut i omfattande användning. Att uppfylla dessa förväntningar innebär en särskild utmaning för vaccintillverkarna.

I världen framställs varje år sammanlagt 300 miljoner doser vanliga influensavacciner, därav 190 miljoner doser i Europa. Av den europeiska produktionen stannar emellertid årligen bara 90 miljoner doser i EU-länderna för att användas här, resten går på export. Om man sedan pandemin brutit ut försöker skydda alla ca 450 miljoner européer genom vaccinationer, behövs det ett betydligt större antal vaccindoser än normalt. Med tanke på hela världen är underskottet i produktionskapacitet ännu större.

Pandemins utveckling grundar sig på att befolkningen saknar immunitet som skulle ha åstadkommit genom tidigare smitta (antikroppar eller immunologiskt minne) mot det virus som orsakat pandemin. För att man skall åstadkomma ett skyddande immunförsvar med en så liten antigenmängd som möjligt hos en sådan befolkning som är "naiv" med avseende på det nya viruset, måste vaccinets immunogenitet effektiviseras genom att ett adjuvans tillsätts vaccinet. För att åstadkomma god skyddsverkan behövs uppenbarligen sammanlagt två doser vaccin.

De flesta vaccintillverkarna har gjort upp planer för att utöka vaccinframställningen under de närmaste åren. Influensavacciner har hittills framställts endast i hönsägg, men parallellt har man nu börjat med framställning i cellodlingar. Det ökar produktionskapaciteten när det gäller vaccin, men det tar också tid att bygga produktionsanläggningar som utnyttjar cellodlingar och att få dem godkända för användning.

Länder som saknar egen vaccinframställning kan försöka säkerställa tillgången på specifikt vaccin genom att komma överens med en tillverkare om vaccinleveranser för att man skall kunna ta i bruk det specifika vaccinet så snabbt som möjligt redan i början av pandemin. Förutsättningen för att man skall få vaccin är att man löser in en s.k. köplats till vaccinframställningen, vilket i praktiken innebär att man betalar en årlig reservationsavgift. Finland har ingått ett avtal med en holländsk vaccintillverkare för en femårsperiod, där vaccintillverkaren förbinder sig att leverera 5,5 miljoner doser specifikt vaccin till Finland inom sex månader efter det att pandemin brutit ut.

7.2.2 Andra vacciner

Eftersom olika bakterieinfektioner kan utvecklas som komplikationer efter en influensavirusinfektion, kunde man försöka minska skadeverkningarna av pandemin genom att vaccinera befolkningen med vacciner som riktas mot sådana bakterier antingen före pandemin eller sedan den redan brutit ut. Av de vacciner som finns att få nu är det bara pneumokockvaccinerna som kan vara användbara i detta avseende. Eftersom de tillgängliga pneumokockvaccinernas effekt på den vanligaste svåra influensakomplikationen, lunginflammation, enligt de flesta undersökningar på senaste tid är antingen obefintlig (polysackaridvaccin) eller jämförelsevis obetydlig (konjugatvaccin hos barn), skulle de allmänna pneumokockvaccinerna knappast minska pandemins skadeverkningar i någon avgörande mån. Nyttan med pneumokockvacciner bör omvärderas, om det kommer ut nya pneumokockvacciner på marknaden eller om det kommer betydande nya forskningsrön om de nuvarande vaccinernas effekt.

7.3 Antivirala läkemedel

Antivirala influensamediciner kan användas tillsammans med andra bekämpningsmetoder för att bryta eller fördröja utvecklingen mot en pandemi i de av WHO definierade pandemilarmfaserna 3-5. I pandemifasen (fas 6) är syftet med användningen av antivirala läkemedel att minska komplikationerna, dödsfallen och belastningen på hälso- och sjukvården genom att man vårdar patienter som uppvisar symtom.

Hur känsligt det virus som orsakar pandemin är för antivirala läkemedel avgör vilka läkemedel som är användbara i de olika faserna av pandemilarmet och pandemin. Det influensavirus som orsakat larmet kan ursprungligen vara resistent eller så kan det utveckla resistens mot ett eller flera läkemedel. Användningsrekommendationerna för läkemedlen bygger på aktuell kunskap om känsligheten hos virus som odlats i andra länder eller i Finland. På grund av att känsligheten förändras kan rekommendationerna om valet av läkemedel, orsakerna att använda läkemedel och doseringen förändras snabbt i olika faser av pandemilarmet och pandemin.

Antivirala läkemedel som hör till både adamantangruppen (amantadin, rimantadin) och neuraminidashämmarna (oseltamivir, zanamivir) har i jämförande undersökningar påvisats ha effekt på bekämpningen av säsonginfluensa som orsakas av influensa A-virus. Ges de på ett tidigt stadium förkortar bägge läkemedelsgrupperna influensan. Neuraminidashämmarna minskar utvecklandet av komplikationer efter influensan, hos adamantangruppens läkemedel finns inga sådana bevis.

Användningen av antivirala läkemedel för vården av patienter, för kortvarig postexpositionsprofylax samt för långtidsprofylax i olika faser av pandemilarmet och pandemin behandlas närmare i kapitel 10.7 *"Grunder för användningen av antivirala läkemedel samt prioritering"*.

LEDNING, BEFOGENHETSFÖRHÅLLANDEN OCH ORGANISATIONER MED ANSVAR FÖR BEREDSKAPEN INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

8.1 Internationellt samarbete

Världshälsoorganisationen, World Health Organization (WHO)

WHO har i flera decennier spelat en central roll för övervakningen av smittsamma sjukdomar och koordineringen av epidemibekämpningen. Ett bra exempel på organisationens aktiva roll var när man koordinerade bekämpningen av sars-infektionen och utfärdade övernationella anvisningar. WHO har dessutom berett anvisningar för att förbättra pandemiberedskapen bl.a. genom att koordinera influensaövervakningen i ett världsomfattande laboratorienätverk och ge medlemsländerna anvisningar för utarbetandet av pandemiplaner. Generalförsamlingen 2005 antog den reviderade internationella hälsostadgan, som träder i kraft den 15 juni 2007. Den förpliktar medlemsländerna att anmäla sjukdomsfall som kan vara förenade med internationell hälsofara (bl. a. humanfall av fågelinfluensa) samt att effektivisera förmågan att omedelbart svara på situationer som är förenade med ett potentiellt internationellt hot. Den nya stadgan preciserar WHO:s rätt att ge rekommendationer när det är fråga om ett internationellt hälsohot. I maj beslöt WHO:s generalförsamling, att den för fågelinfluensans del skall träda i kraft redan år 2006. WHO:s avdelning för smittsamma sjukdomar bär det världsomfattande ansvaret medan EU:s centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar inriktar sig på EU-området och vid behov erbjuder WHO hjälp.

WHO publicerar verifierade uppgifter om fall och epidemier på sin webbplats, där alla kan ta del av dem. WHO kan också vid behov informera eller inhämta information från ett medlemsland bilateralt. Om det i Finland skulle förekomma humansmitta av fågelinfluensa, skulle information om detta omedelbart gå till WHO och EU:s nätverk för smittsamma sjukdomar. Nät hotet om en pandemi eventuellt ökar informerar WHO medlemsländerna om de detaljerade övervaknings- och anmälningsförfaranden som förutsätts i respektive larmfas. I en eventuell influensapandemisituation förmedlas uppgifterna om fall till både EU och WHO, som upprättar inbördes integrerade datainsamlingssystem.

Europeiska unionen (EU)

Europeiska unionen har sedan 1990-talet utvecklat övervakningen och bekämpningen av smittsamma sjukdomar. Inom kommissionen är arbetet koncentrerat till generaldirektoratet för hälsa och konsumentskydd DG SANCO. Befogenheterna inom ramen för hälso- och sjukvårdssystemen tillkommer medlemsstaterna, så inte heller när det gäller åtgärder för att bekämpa smittsamma sjukdomar har EU några egentliga befogenheter. Medlemsstaterna och kommissionen kan dock om de så vill besluta om riktlinjer för skyddsåtgärder i synnerhet vid medlemsländernas yttre gränser och om riktlinjer för rekommendationer och anvisningar till medborgarna i epidemisituationer. Unionens medlemsländer har lagstadgad skyldighet att delta i verksamheten inom systemen för anmälan av och tidig varning för smittsamma sjukdomar.

De finländska hälso- och sjukvårdsmyndigheterna, social- och hälsovårdsministeriet samt Folkhälsoinstitutet, är en del av det uppföljnings- och övervakningsnätverk för smittsamma sjukdomar som omfattar hela EU och som inledde sin verksamhet 1998.

Via nätverket får kommissionen, medlemsländerna och Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar aktuell information om epidemier inom EU och i fråga om de viktigaste smittsamma sjukdomarna också förekomsten av enstaka fall. Systemet fungerar aktivt och det förekommer nästan dagligen utbyte av information mellan medlemsländerna och kommissionen inom nätverket. Via nätet förmedlas också information om motåtgärder som länderna vidtagit. Rättsakterna förpliktar dessutom medlemsländerna att meddela planerade motåtgärder och konsultera andra medlemsländer och kommissionen när det är möjligt. Utgående från informationen och konsultationerna skall medlemsländerna koordinera sina åtgärder i samarbete med kommissionen.

Inom nätverkets system för tidig varning (Early Warning Response System, EWRS) för smittsamma sjukdomar förmedlas information vid behov per e-post dygnet runt.

Utöver informationsförmedlingen och kontakten över nätet kan nätverket för smittsamma sjukdomar hålla telefonkonferenser och kommissionen kan kalla till egentliga arbetsgruppsmöten för nätverket. Man kan gemensamt komma överens om riktlinjer eller rekommendationer för motåtgärderna, vilka ändå inte är bindande för medlemsländerna med stöd av EU-rättsakter. Under ett influensapandemilarm (WHO fas 3-5) samt i en influensapandemisituation är informationsutbytet och möjligheten att få aktuell epidemiologisk information från andra EU-länder till nytta för ett enskilt medlemsland, liksom informationen om andra länders riktlinjer och motåtgärder. Vid en epidemibekämpning kan de olika ländernas varierande system eller resurser vara förenade med möjlighet till eller behov av riktlinjer som avviker från andra länders. Med hjälp av information kan man undvika förvirring och oro bland medborgarna som beror på dessa skillnader. Det är ändamålsenligt att eftersträva enhetliga riktlinjer och rekommendationer när det finns klara vetenskapliga motiveringar för riktlinjerna, de kan genomföras i alla medlemsländer och de förbättrar möjligheterna att förhindra att en epidemi sprider sig.

I Stockholm inrättades våren 2005 Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar (European Centre for Disease Control, ECDC), som till att börja med arbetar enbart med smittsamma sjukdomar. Centrumet stödjer sig på de nationella smittskyddscentrens arbete. Det strävar efter att förbättra dessas samarbete och utveckla ett övervakningssystem för smittsamma sjukdomar. En uppgift för centrumet är att ta över skötseln av EU:s system för övervakning av och tidig varning för smittsamma sjukdomar. Centrumet har redan nu arbetat aktivt bl.a. genom att bereda expertrekommendationer och bygga upp ett eget jourssystem.

En av kommissionen koordinerad arbetsgrupp, hälsosäkerhetskommittén, har också diskuterat och utbytt information om pandemiberedskapen i medlemsländerna samt utarbetat icke-bindande dokument om ämnet som riktlinjer för ländernas beredskap.

Ordförandens vänner (Friends of the Presidency) inrättades i oktober 2005. De främjar informationsutbytet, följer det beredningsarbete som behövs för att bekämpa djursmitta och humansmitta, främjar koordineringen av EU:s internationella åtgärder och rapporterar till Coreper (EU-ambassadörernas kommitté).

I november 2005 ordnade EU en influensapandemiberedskapsövning, och samarbetsmekanismerna mellan EU-länderna kommer att effektiveras på basis av erfarenheterna från den.

Under Finlands EU-ordförandeskap har för influensapandemiberedskapens del noterats i agendan att informationsutbytet om EU-ländernas pandemiberedskap fortsätter i samarbete med EU:s myndighet för övervakning och spårning av smittsamma sjukdomar.

8.2 Pandemiledning, befogenhetsförhållanden och organisationer med ansvar för beredskapen inom hälso- och sjukvården i Finland

8.2.1 Statsrådet (SR) och ledningen av civila kriser

Hantering av de hot som riktar sig mot befolkningen, samhället och staten kräver att man använder ett krisledningskoncept som alla aktörer känner till och har övat in. Då samhällets sårbarhet ökar är det nödvändigt att man omedelbart kan vidta sådana åtgärder som krävs för att särskilda situationer som uppkommer oväntat och snabbt skall kunna hanteras.

Utrikes- och säkerhetspolitiska ministerutskottet har 21.4.2006 dragit upp linjerna för statens krisledning. De skall iakttas även vid ledningen av en influensapandemi.

Enligt statsrådets principbeslut 27.11.2003 "Strategin för trygghet av samhällets livsviktiga funktioner" är hälsoskyddet, inklusive plötsliga allvarliga epidemier ett av fyra prioriterade områden för utvecklande av prestationsförmågan under de närmaste åren. Statsrådet bereder regeringspropositioner för riksdagen i syfte att ändra den gällande lagstiftningen. Statsrådet utfärdar författningar på förordningsnivå.

De livsviktiga funktionerna skall tryggas under normala förhållanden, vid störningstillstånd och i undantagsförhållanden. Enligt den gällande lagstiftningen är en influensapandemi inte ett undantagsförhållande, men den kan sannolikt klassificeras som ett störningstillstånd. Vid störningstillstånd bör statsledningen och myndigheterna vidta särskilda åtgärder och intensivt sitt samarbete i syfte att förebygga hotet och klara av det. På grund av störningstillstånden måste tilläggsresurser eventuellt tas i bruk, samt också sådana befogenheter som gäller i speciella situationer och som ingår i de författningar vilka gäller under normala förhållanden. Ett störningstillstånd kan också förutsätta också att författningarna ändras.

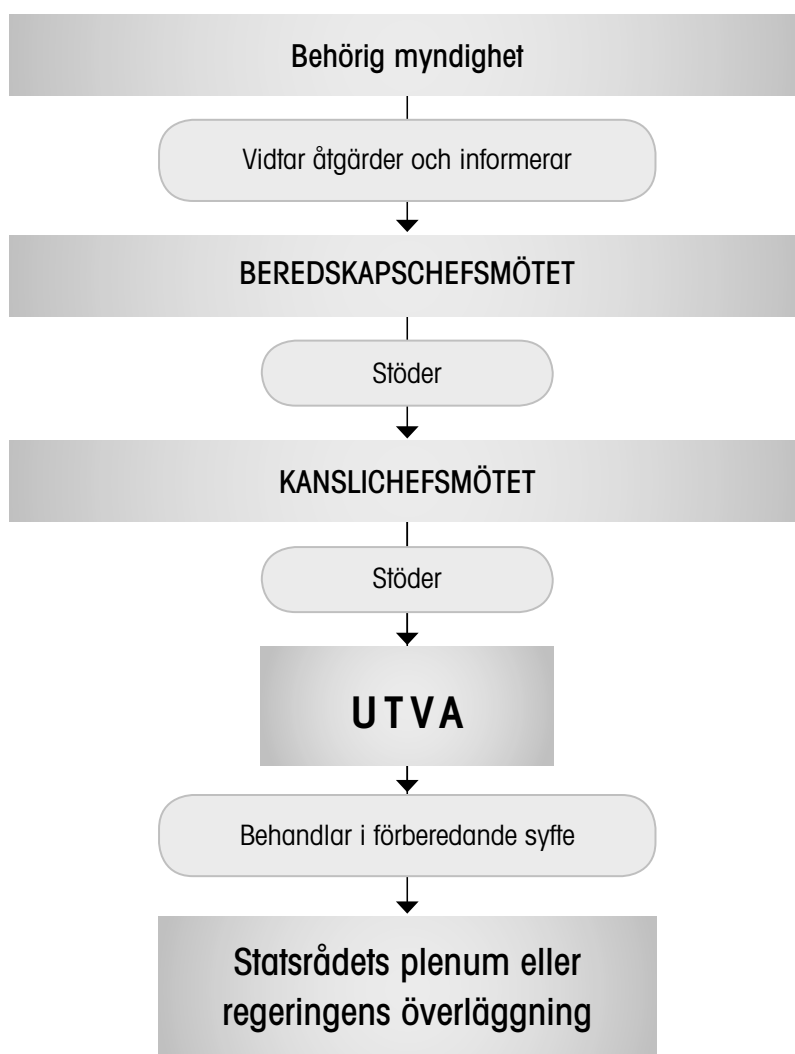
I statsrådets principbeslut avses med strategiska uppgifter sådana uppgifter som nödvändigtvis måste skötas för att de för samhället livsviktiga funktionerna skall kunna tryggas i alla situationer. Utgångspunkten är den gällande lagstiftningen och fördelningen av myndigheternas behörighet. Till samhällets livsviktiga funktioner hör ledandet av staten, den externa handlingsförmågan, rikets militära försvar, den interna säkerheten, ekonomins och samhällets funktionsduglighet, befolkningens utkomstskydd och handlingsförmåga samt den mentala kriställigheten.

Undantagsförhållanden är situationer om vilka bestäms i beredskapslagen och som inte kan kontrolleras med hjälp av myndigheternas normala befogenheter och resurser. Enligt den gällande beredskapslagen hör en influensapandemi inte till undantagsförhållandena. Ett sätt att utveckla verksamhetsförutsättningarna för ledandet av staten är den lägesbild som upprätthålls vid statsrådets kanslis lägescentral. Lägesbilden gör det möjligt för statsledningen att fatta beslut i rätt tid för ledningen av samhällets livsviktiga funktioner. I det följande beskrivs den ledningsmodell för civila kriser som ingår i den reviderade strategin för samhällets livsviktiga funktioner.

Civilkrisledningen grundar sig på grundlagen, lagen om statsrådet, reglementet för statsrådet och annan lagstiftning om specialmyndigheterna, bl.a. lagen om smittsamma sjukdomar. Regeringens överläggning behandlar samordningen av de olika förvaltningsområdenas åtgärder samt förbereder de ärenden som statsrådet skall besluta om. För den operativa ledningen ansvarar enligt den nuvarande lagstiftningen det ministerium som enligt lag är behörig i ärendet. I ett pandemifall är det social- och hälsovårdsministeriet.

Ledningen på statsrådsnivå, ledningen av verksamheten samt samordningen av beredningen och behandlingen av ärenden i civilkrisituationer grundar sig på statsministerns uppgifter enligt 66 § i grundlagen och annan lagstiftning.

Krisledningsmodellens samordningsfaser



UTVA= Utrikes- och säkerhetspolitiska ministerutskottet

Utrikes- och säkerhetspolitiska ministerutskottet har dragit upp linjerna för statens krisledningsmodell och den består av följande centrala faser och ansvar:

- Den ansvariga myndigheten vidtar åtgärder i enlighet med sina anvisningar samt informerar beredskapsorganisationen inom sitt förvaltningsområde om det skedda.
- På statsrådsnivå stöds ledningen av statsrådets ledningscentral som verkar i anslutning till ledningen för statsrådets kansli och vars verksamhet grundar sig på samverkan ministerierna emellan.
- Det ministerium som enligt lag är behörigt i ärendet leder verksamheten och det behövliga samarbete ministerierna emellan.
- Statsrådets kansli säkerställer att det har fastställts vilket ministerium som är behörigt.
- Ministeriets kanslichef har ett centralt ansvar när det gäller beredskapen inom respektive förvaltningsområde samt den ledning som krävs i en säkerhetssituation.
- De åtgärder som vidtas inom de olika förvaltningsområdena och vid behov av företag inom näringslivet och av medborgarorganisationerna samordnas av kanslichefsmötet, under ledning av statssekreteraren vid statsrådets kansli eller kanslichefen vid det behöriga ministeriet.

- När det gäller att vidta de åtgärder som krävs i en viss situation stöds kanslichefen av beredskapschefsmötet som leds av statssekreteraren vid statsrådets kansli eller beredskapschefen vid det behöriga ministeriet.
- Därefter förs ärendet enligt statsministerns beslut eller på framställning av det behöriga ministeriet till behandling vid regeringens överläggning, på det sätt som avtalats med statsministern.
- Statsrådets beslut kan i förberedande syfte behandlas av ett ministerutskottet eller vid ett gemensamt sammanträde för republikens president och utrikes- och säkerhetspolitiska ministerutskottet. Utskottet kompletteras med den behöriga minister som ansvarar för hanteringen av den aktuella situationen och med behövliga experter.
- De övriga ministerutskotten behandlar ärendena i enlighet med den föreskrivna uppgiftsfördelningen.
- De beslut som krävs för hanteringen av situationen fattas av statsrådets plenum, vederbörande ministerium eller av någon annan behörig myndighet.
- I krisledningsmodellen beaktas de förpliktelser EU:s nödtillstånd- och kriskoordineringsarrangemang ställer på medlems- och ordförandeländerna.
- Statens ovan beskrivna krisledningsmodell påverkar inte säkerhets- och försvarskommitténs ställning eller uppgifter.
- Genom regelbundna övningar upprätthålls aktionsberedskapen hos statens högsta ledning samt hos den behövliga stödorganisationen och de behövliga stödsystemen.

Ministeriernas kanslichefsmöte och beredskapschefsmöte (MKM, MBM)

Kanslichefsmötet med statssekreteraren vid statsrådets kansli som ordförande stöder i enlighet med 10 § i reglementet för statsrådet i egenskap av samarbetsorgan statsrådets, utrikes- och säkerhetspolitiska ministerutskottets samt statsministerns verksamhet när det gäller civilkrisledningen. Ordförande kan också vara den kanslichef till vars verksamhetsområde den behöriga myndighet hör som ansvarar för den operativa ledningen. Beredskapschefer vid ministerierna är ministeriernas kanslichefer eller personer som de utsett till uppgiften. Beredskapschefsmötet stöder kanslichefsmötet.

Social- och hälsovårdsministeriet (SHM)

Den allmänna planeringen, styrningen och övervakningen av arbetet med att bekämpa smittsamma sjukdomar ankommer på social- och hälsovårdsministeriet, som ansvarar för social- och hälsovårdens förberedelser för en influensapandemi.

SHM:s alla avdelningar och enheter (hälsoavdelning, beredskapsenhet, enhet för information och kommunikation, arbetarskyddsavdelning, byrå för internationella ärenden, familje- och socialavdelning, ekonomi- och planeringsavdelning samt administrativa avdelning och försäkringsavdelning) deltar i pandemiberedskapen och verksamheten för att klara av en pandemisituation, var och en i enlighet med de egna uppgifts- och ansvarsområdena.

Det operativa ledningsansvaret i en pandemisituation ankommer på hälsovårdsmyndigheterna. För detta ansvarar social- och hälsovårdsministeriet i samarbete med länsstyrelsernas social- och hälsoavdelningar. I den operativa ledningen ingår att styra servicesystemets funktion, att trygga resurserna och styra dem på ett ändamålsenligt sätt, att skaffa de befogenheter och sakkunnigtjänster som situationen förutsätter samt att samarbeta med andra myndigheter. För den operativa verksamheten upprätthåller ministeriet en riksomfattande lägesbild och situationsledningsarrangemang, ett kristelefonsystem för befolkningen samt sköter kriskommunikationen samt myndighetssamarbetet med EU och annat internationellt myndighetssamarbete. De sakkunnigtjänster som behövs för den operativa ledningen skaffar ministeriet från Folkhälsoinstitutet och andra expertinstanser. En pandemisituation kan förutsätta att resurserna omallokeras inom förvaltningsområdet.

När situationen kräver det inrättar social- och hälsovårdsministeriet en riksomfattande ledningscentral inom förvaltningsområdet för att stödja den operativa ledningsverksamheten.

Den operativa ledningsverksamheten på regional och lokal nivå inom social- och hälsovården sker i enlighet med ministeriets riktlinjer.

Inrättandet av en ledningscentral vid ministeriet ändrar inte på ansvars- eller befogenhetsförhållandena inom förvaltningsområdet. Besluten fattas i enlighet med befogenheterna i ministeriets arbetsordning och annan lagstiftning. Ledningscentralen deltar i beredningen, föredragningen och verkställandet av besluten.

För att utforma lägesbilden har ledningscentralen kontakter i realtid med länsstyrelsernas social- och hälsoavdelningar samt Folkhälsoinstitutet, det nationella registret över smittsamma sjukdomar och Europeiska unionens system för övervakning av och tidig varning för smittsamma sjukdomar (EWRS). Länsstyrelsernas tillställer ledningscentralen en lägesbild för social- och hälsovården inom det egna området i enlighet med anvisningar som ministeriet ger separat.

Den riksomfattande lägesbilden för social- och hälsovården förmedlas till statsrådets kanslis lägesbildssystem. På grundval av lägesbilden styr ministeriets ledningscentral länsstyrelsernas regionala ledningscentraler i enlighet med ministeriets riktlinjer.

Chefen för ledningscentralen eller en person som han förordnat rapporterar dagligen om situationen till ministrarna, ministerieledningen och ledningsgruppen på det sätt som avtalas särskilt.

Ministeriets ledningsgrupp utser ledningscentralens central och bestämmer principerna för ledningscentralens arbete. Pandemifaserna 5 och 6 förutsätter att ledningsgruppen arbetar dygnet runt.

Pandemikoordineringsgruppen (PKG)

Social- och hälsovårdsministeriet kan vid behov utse en pandemikoordineringsgrupp. Pandemikoordineringsgruppens uppgift är att stödja social- och hälsovårdsverksamheten och bereda frågor som förutsätter brådskande och branschövergripande åtgärder och vilkas beredning och koordinering inte ankommer på beredskapschefs- eller kanslichefsmötet. Till dessa kan höra bl.a. information, nödvändiga författningsändringar, begränsningar av befolkningens resor, prioritering av användningen av begränsade medicinska metoder för att bekämpa pandemin, säkerhetsupplagring, användningen av säkerhetsupplag, kontrollerat ibruktagande av obligatoriska upplag och ransonering av förnödenheter. Till koordineringsgruppens uppgifter hör också att inhämta internationell sakkunskap och erfarenhet till stöd för det nationella beslutsfattandet.

Ordförande för pandemikoordineringsgruppen är en företrädare för social- och hälsovårdsministeriet. Medlemmar utses åtminstone från följande organisationer: statsrådets kansli, social- och hälsovårdsministeriet, Folkhälsoinstitutet, Läkemedelsverket, Institutet för arbetshygien, Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE), länsstyrelserna, sjukvårdsdistrikten, hälsocentralerna, Finlands Kommunförbundet samt företrädare för nödvändiga ministerier.

Social- och hälsovårdsministeriets delegationer

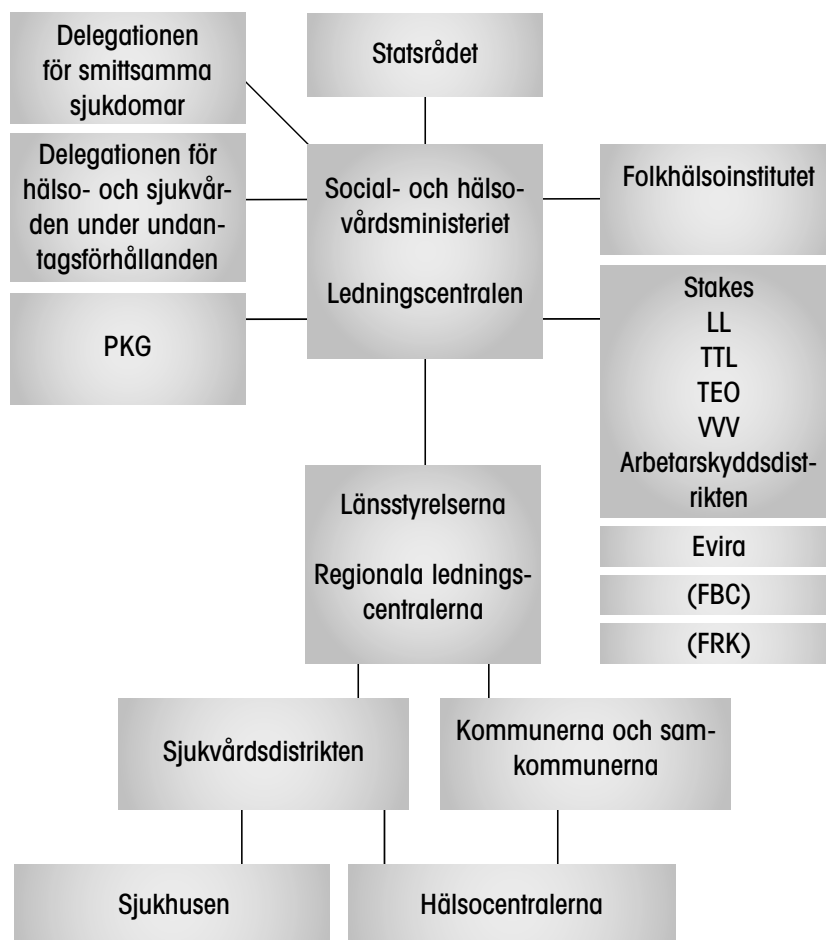
Delegationen för smittsamma sjukdomar och delegationen för hälso- och sjukvården under undantagsförhållanden stöder ministeriet.

Delegationen för smittsamma sjukdomar finns i anslutning till social- och hälsovårdsministeriet. Till dess uppgifter hör bl.a. att bistå social- och hälsovårdsministeriet med sakkunnighjälp vid förebyggande av exceptionella riksomfattande epidemier.

Delegationen för hälso- och sjukvården under undantagsförhållanden främjar det nationella och internationella myndighetssamarbetet på social- och hälsovårdens område när det gäller beredskapen för särskilda situationer under normala förhållanden och

för undantagsförhållanden. Delegationen har tillsatt 4 sektioner varav NBC (Nuclear, Biological, Chemical) sektionen behandlar strålhot samt biologiska och kemiska hot. Pandemier hör till de biologiska hoten.

Ledning inom hälso- och sjukvården under pandemiförhållanden



Stakes	Forsknings- och utvecklingscentralen för hälso- och sjukvården
LL	Läkemedelsverket
TEO	Rättsskyddscentralen för hälsovården
VV	Försäkringsinspektionen
Evira	Livsmedelssäkerhetsverket
TTL	Arbetshälsoinstitutet
FBC	Försörjningsberedskapscentralen
FRK	Finlands Röda Kors
PKG	Pandemikoordineringsgruppen

8.2.4 Inrättningar inom social- och hälsovårdsministeriets område

Folkhälsoinstitutet (KTL)

Folkhälsoinstitutet stödjer i egenskap av sakkunniginrättning arbetet vid SHM i syfte att utarbeta en nationell beredskapsplan för en influensapandemi. Det tar del till ärendens behandling i ECDC. KTL:s influensapandemiarbetsgrupp, som utnämnts av generaldirektören, följer med den epidemiologiska influensasituationen och föreslår vid behov ändringar i den nationella pandemiplanen, lägger fram åtgärdsförslag för SHM vilka grundar sig på lägesbedömningen, stödjer hälso- och sjukvårdens regionala och lokala förberedelser för en pandemi, samt stödjer andra förvaltningsområdens beredskapsverksamhet.

Folkhälsoinstitutet utvecklar ett för en pandemisituation lämpligt riksomfattande övervakningssystem, med vars hjälp man får aktuell information om hur snabbt en epidemi sprider sig inom enskilda hälsocentrals- och sjukvårdsdistrikt. I en pandemisituation svarar Folkhälsoinstitutet för experthjälp till i synnerhet centralförvaltningen och social- och hälsovården samt för nättjänster för social- och hälsovårdens aktörer och befolkningen.

Institutet för arbetshygien (TTL)

Institutet för arbetshygien fungerar som sakkunniginrättning vid bedömningen av risken för arbetsrelaterad influensasmitta samt vid planeringen och genomförandet av motåtgärder i synnerhet för företagshälsovårdens del. Institutet för arbetshygien utarbetar i samarbete med arbetarskyddsmyndigheten och Folkhälsoinstitutet anvisningar om skyddande av arbetstagare mot smitta samt om skydd som behövs i arbetet och deras användningsprinciper samt bedömer vilka slags skydd och skyddskläder som behövs i olika arbeten som medför exponering. Institutet för arbetshygien bereder i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet företagshälsovårdens uppgifter och verksamhetsprinciper i händelse av en pandemi så att de är förenliga med den övriga hälso- och sjukvården. På institutets webbplats finns åskådliga anvisningar om användningen av skydd samt information om utbildning i användningen av skydd. Institutet för arbetshygien har berett anvisningar och utbildning för företagshälsovården och de yrkesgrupper som behöver sådan.

Läkemedelsverket (LL)

Läkemedelsverket meddelar aktörerna i läkemedelsbranschen föreskrifter och anvisningar om bl.a. produktionssätt, avtalstillverkning, påskrifter på läkemedels säljförpackningar samt leveranser och utlämnande av läkemedel. Läkemedelsverket upprätthåller ett register över läkemedelspreparats biverkningar. Läkemedelsverket ansvarar för tillsynen över uppfyllandet av förpliktelserna och upplagringen enligt lagen och förordningen om obligatorisk upplagring av läkemedel. Läkemedelsverket ansvarar i egenskap av behörig myndighet för tillverknings-, införsel-, detaljhandels- och försäljningstillstånd för läkemedel som används för bekämpningen av en influensapandemi (antivirala läkemedel och vacciner, reagenser som behövs vid in-vitro diagnostik). Läkemedelsverket meddelar i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet anvisningar för läkemedelstillverkarnas, läkemedelspartiaffärernas och apotekens verksamhetsprinciper i en pandemisituation. Läkemedelsverket planerar i samarbete med Folkhälsoinstitutet och social- och hälsovårdsministeriet övervakningen av distributionssystemet för läkemedel, förbrukningen och skadeverkning av antivirala läkemedel vilka användas under en pandemi.

Rättsskyddscentralen för hälsovården (TEO)

Enligt 6 a § i lagen om smittsamma sjukdomar (25.7.1986/583) leder Rättsskyddscentralen för hälsovården, som lyder under social- och hälsovårdsministeriet, länsstyrel-

sernas verksamhet i syfte att förenhetliga deras verksamhetsprinciper, förfaringssätt och beslutspraxis vid ledningen och övervakningen av bekämpningen av smittsamma sjukdomar. Dessutom övervakar Rättsskyddscentralen för hälsovården bekämpningen av smittsamma sjukdomar i synnerhet när det är fråga om 1) principiellt viktiga eller vittsyftande ärenden, 2) ärenden som gäller flera län eller hela landet, 3) ärenden som har samband med övervakningsärenden som behandlas vid Rättsskyddscentralen för hälsovården och som gäller yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, samt 4) ärenden som länsstyrelsen är jävig att behandla.

TEO upprätthåller centralregistret över yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (TERHIKKI). Det kan utnyttjas vid införande och genomförande av den särskilda arbetsplikt inom hälso- och sjukvården som eventuellt krävs i en pandemisituation.

Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (STAKES)

Stakes stödjer utvecklandet av datasystem som mäter övervakningen av pandemins effekter samt användningen av hälso- och sjukvårdens befintliga register för detta syfte. Stakes beaktar behoven under en pandemisituation i det utvecklingsarbete som gäller hälso- och sjukvårdens register samt det elektroniska patientdatasystemet. Social- och hälsovårdsministeriet utnyttjar Stakes kunskaper för beredskapen inom kommunernas socialväsande, för att stöda de psykosociala tjänsterna och för expertstyrningen. Vid Stakes finns FinOHTA, som undersöker och bedömer vårdpraxis.

8.2.5 Statens regionalförvaltning

Länsstyrelserna (LS)

Enligt lagen om smittsamma sjukdomar ankommer inom länen planeringen, ledningen och övervakningen av bekämpningen av smittsamma sjukdomar på länsstyrelsen (6 § 2 mom.). Den kan utfärda föreskrifter som begränsar individens frihet och fatta beslut om saken (14, 15 §). Länsstyrelsen kan förordna att obligatorisk hälsoundersökning skall ordnas (13 §).

När det är fråga om en sjukdom som motsvarar en allmänfarlig smittsam sjukdom kan länsstyrelsen fatta samma beslut som i fråga om en allmänfarlig sjukdom.

Länsstyrelsen övervakar att de sjukvårdsdistrikt och hälsocentraler som är verksamma inom dess område utarbetar en beredskapsplan för en influensapandemi samt koordinerar, övervakar och styr genomförandet av planerna varvid man som hjälp anlitar lokala och nationella experter med beaktande av de regionala särdragen.

Länsstyrelsens ledningsgrupp och den av landshövdingen för länet tillsatta länets beredskapskommission som regionalt företrädar olika förvaltningsområden ansvarar under landshövdingens ledning för den regionala allmänna ledningen, koordineringen och uppföljningen av situationen samt för jourssystemet.

Vid länsstyrelserna inrättas vid behov regionala ledningscentraler. I en pandemisituation ankommer ledningsansvaret på landshövdingen och på social- och hälsoavdelningens ledning. Den specialiserade sjukvården i regionen skall vara representerad i länets ledningscentral eller så skall ett fungerande samarbete annars säkerställas.

De regionala ledningscentralerna utför effektiviserad lägesbedömning till stöd för landshövdingens och ledningsgruppens beslutsfattande och styr regionens social- och hälsovårdsverksamhet i samarbete med ministeriet samt upprätthåller den regionala lägesbilden och förmedlar den till ministeriets ledningscentral. Ministeriet ser till att de regionala ledningscentralerna förfogar över och har tillgång till befogenheter, sakkunskap och resurser i den utsträckning som åtgärderna förutsätter. För ledningen ger länsstyrelsen kommunerna anvisningar om rapporteringen.

Social- och hälsoavdelningen kan tillsätta en ledningsgrupp för smittsamma sjukdomar (pandemiarbetsgrupp) där länsläkaren är ordförande samt medlemmar åtminstone avdelningens tjänstemän som representerar veterinärmedicin, hälsoskydd och social- och hälsovård samt sjukvårdsdistriktens läkare med ansvar för infektionssjukdomar. Gruppens arbete och lägesbilden rapporteras av social- och hälsoavdelningen till länsstyrelsens ledningsgrupp och social- och hälsovårdsministeriet.

De uppgifter som hör till länsstyrelsens verksamhetsområde är viktiga för att hantera och klara av kriser. Viktigast för bekämpningen av en influensapandemi är de uppgifter som hänför sig till social- och hälsovårdsväsendet, djursjukdomsbekämpningen, räddningsväsendet, skolväsendet samt trafiken.

I en pandemisituation styr länsstyrelsens social- och hälsoavdelning verksamheten inom social- och hälsovårdens servicesystem inom området och dess anpassning till det förändrade servicebehovet samt primärvårdens, socialvårdens och specialistsjukvårdens samarbete. Enligt den nuvarande lagstiftningen har länsstyrelsen inte rätt att styra kommunerna på ett bindande sätt.

Arbetarskyddsdistrikten

Arbetarskyddsdistriktet övervakar att områdets arbetsgivare följer arbetarskyddslagstiftningen bl.a. i fråga om exponeringen för biologiska agenser. Arbetarskyddsdistriktet har uppgifter om områdets arbetsplatser enligt bransch. Arbetarskyddsdistriktet riktar vid behov övervakning och information till arbetsplatser och sådana arbeten där det är möjligt att smittas av fågelinfluensa till följd av arbetsrelaterade omständigheter. Arbetarskyddsdistriktet samarbetar vid behov med andra myndigheter och sakkunnigheträttningar bl.a. vid bedömningen av fågelinfluensarisken och frågor i anslutning till valet och användningen av skydd i arbetet. Ministeriet utarbetar i samarbete med arbetsmarknadsorganisationerna anvisningar för arbetarskyddsdistrikten om beaktande av fågelinfluensa i tillsynen över arbetarskyddet.

8.2.6 Kommunalförvaltningen

Kommuner och hälsocentraler (HVC)

Den kommunala självstyrelsen ger kommunerna och de av kommunerna ägda sjukvårdsdistrikten omfattande möjligheter att bestämma hur den egna verksamheten organiseras. Ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården och befogenheterna att organisera hälsovårdstjänster, också i en eventuell pandemisituation, bestäms på grundval av folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård. När det gäller smittsamma sjukdomar måste man dessutom beakta vad som föreskrivs i lagen om smittsamma sjukdomar. Dessutom är det nödvändigt att beakta kommunallagens bestämmelser.

Såsom till folkhälsoarbetet hörande uppgifter skall kommunen upprätthålla hälsovårdsrådgivning, ordna vaccineringar enligt det allmänna vaccinationsprogrammet, ordna sjukvård för kommunens invånare, se till att sjuktransport ordnas, producera sådana företagshälsovårdstjänster som arbetsgivaren skall svara för, samt ordna brådskande öppen sjukvård oberoende av patientens boningsort. För dessa funktioner skall kommunen ha en hälsocentral.

Enligt lagen om smittsamma sjukdomar skall kommunerna inom sina områden organisera bekämpningen av smittsamma sjukdomar. I lagen specificeras dessutom befogenheterna och förpliktelserna för det organ som ansvarar för bekämpningen av smittsamma sjukdomar i kommunen.

I kommuner och samkommuner vilar det operativa ledningsansvaret inom hälso- och sjukvården på hälsocentralens överläkare och ledningsansvaret för hela kommunens del på kommundirektören. Beslutsfattandet avviker inte från det normala. Kommunen rapporterar om situationen till länsstyrelsen i enlighet med dess anvisningar.

I händelse av en influensapandemi utarbetar hälsocentralen en plan som anger hur hälsocentralens funktioner arrangeras i en pandemisituation och som omfattar vårdhänvisning, konstaterande och behandling av sjukdomen samt ordnandet av eventuella vaccinationer. Planen innehåller också den företagshälsovård som anordnas av hälsocentralen. I den skall beaktas tillgängliga resurser inom den privata sektorn och samarbete med den privata sektorns företagshälsovård. Planen skall utarbetas i samarbete med länsstyrelsens och sjukvårdsdistriktets regionala pandemiarbetsgrupp.

Enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen bär SHM, TEO och länsstyrelserna ansvaret för styrningen, planeringen och övervakningen. Kommunerna ansvarar för organiseringen av servicen. I situationer där beredskapslagen inte tillämpas har social- och hälsovårdsministeriet och länsstyrelserna inga befogenheter att bestämma på vilket sätt kommunerna och sjukvårdsdistriktet organiserar servicen. Uppgiften att övervaka lagligheten hos ordnandet av servicen stödjer dock statens styrning.

Kommun- och servicestrukturreformen kommer att ha en främjande inverkan på kommunernas regionala samarbete vid planeringen av pandemiberedskapen.

Sjukvårdsdistriktet (SVD)

Enligt lagen om smittsamma sjukdomar ankommer ledningen av bekämpningen av smittsamma sjukdomar inom sjukvårdsdistriktet på sjukvårdsdistriktet, som också är regional sakkunnig inom bekämpningen av smittsamma sjukdomar och följer bekämpningen av smittsamma sjukdomar inom sjukvårdsdistriktet. Sjukvårdsdistriktet bistår det organ som ansvarar för bekämpningen av smittsamma sjukdomar i kommunen då smittsamma sjukdomar konstateras och epidemier utreds samt smittan spåras. Sjukvårdsdistriktet leder bekämpningen, uppföljningen och utredningen av sjukhusinfektioner inom sjukvårdsdistriktet.

Såsom i lagen om smittsamma sjukdomar avsedda uppgifter skall sjukvårdsdistriktet utöver vad som bestäms i nämnda lag: sörja för att sådan specialsjukvård som behövs för behandlingen av smittsamma sjukdomar finns tillgänglig inom sjukvårdsdistriktet; anordna utbildning som behövs vid bekämpandet av smittsamma sjukdomar inom sjukvårdsdistriktet; delta i det utvecklingsarbete som gäller bekämpandet av smittsamma sjukdomar inom sjukvårdsdistriktet; med beaktande av begränsningarna i 10 § 3 mom. i förordningen om smittsamma sjukdomar gällande lämnande av uppgifter på begäran till den läkare som vid hälsovårdscentralen ansvarar för smittsamma sjukdomar lämna ett sammandrag av de anmälningar om smittsam sjukdom som har registrerats inom hälsovårdscentralens område; sörja för den regionala informationen om smittsamma sjukdomar till yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården.

Länsstyrelsen skall samordna sjukvårdsdistriktets planer och se till att sjukvårdsdistriktet tillsammans med primärvården och socialväsendet utarbetar en plan för influensapandemiberedskap. I planen skall också beaktas den privata sektorns och företagshälsovårdens resurser i området. Sjukvårdsdistriktet är regional sakkunnig på influensapandemiberedskap.

I bilaga 5 uppräknas olika organisationers och förvaltningsnivåers ansvarsområden samt beslutsfattande i de olika faserna av ett pandemihot och en pandemi.

ETISKA SYNPUNKTER I ANSLUTNING TILL PANDEMIBEKÄMPNINGEN

En influensavirusinfektion påverkar förutom den individ som fått smittan eller insjuknar dessutom alltid det omgivande samhället. På grund av smittrisken kan förebyggande åtgärder eller vårdåtgärder som riktas mot individen eller underlåtenhet att vidta sådana påverka hälsan hos andra medlemmar av samhället. Enligt den jämlikhetsprincip som råder i Finland skall alla som är stadigvarande bosatta i Finland ha lika rätt till skydd genom vaccinationer och till behandling av sjukdomen sedan den brutit ut. Om den bästa preventionen eller vården av praktiska skäl inte räcker till för alla, blir man tvungen att överväga enligt vilka principer, som håller för en etisk granskning, som den nödvändiga prioriteringen skall ske. När det gäller åtgärder som syftar till att minska effekterna av en pandemi kan individens grundläggande rättigheter och samhällets intressen ibland stå i konflikt med varandra. Även av denna orsak är det viktigt att de planerade åtgärderna bedöms på förhand även ur etisk synvinkel.

9.1 Värden och principer som påverkar beslutsfattandet

Beslutsfattarna och de som ansvarar för hälso- och sjukvården kan under en pandemi bli tvungna att fatta svåra beslut, som påverkar hälsan och handlingsfriheten hos de människor som berörs av dem. Dessa beslut måste grunda sig på gemensamt definierade värden. Som grund för beslutsfattandet föreslår social- och hälsovårdsministeriet följande värden. Det är viktigt att dessa värden samordnas på ett balanserat sätt, även om det kanske inte är någon lätt uppgift.

Individuell frihet (individual liberty)

Det kan bli nödvändigt att begränsa den individuella friheten när en allvarlig epidemi hotar eller under en epidemi. Eventuella begränsningar får inte vara överdimensionerade i förhållande till den fara som hotar och de skall tillämpas lika på alla vilkas frihet det anses vara nödvändigt att begränsa för att skydda samhället.

Jämlikhet (equity, egalitarian approach)

Allas lika rätt till förebyggande hälsovård och behandling är en väsentlig del av den finländska och nordiska värdevärlden. Även under normala förhållanden blir man emellertid tvungen att placera olika behandlingar och målgrupper i skyndsamhets- och prioritetsordning. I en pandemisituation accentueras detta prioriteringsbehov. Man kan också hamna i en valsituation som kräver snabba beslut, om en skyddsmetod (t.ex. vaccin) som är till nytta för alla inte räcker till för alla.

Maximering av den hälsomässiga nyttan (utility maximization, utilitarian approach)

Syftet med maximering av nyttan är största möjliga goda åt så många som möjligt.

Effektivitet (efficiency)

I en situation där det råder brist på resurser är det ytterst viktigt att de används effektivt och ändamålsenligt.

Öppenhet (transparency)

De värden och principer som ligger till grund för beslutsfattandet samt utfallet av beslutsfattandet skall vara lättillgängliga för alla som kan beröras av besluten.

Motiverade beslut (reasonability)

Besluten skall vara klart motiverade och basera sig på bästa tillgängliga kunskap om hotet samt på förhand godkända värden och principer.

Ömsesidighet (reciprocity)

Reciprocitetsprincipen förutsätter att samhället stödjer och skyddar i synnerhet dem som bär en betydligt större börda än genomsnittet för att skydda det gemensamma goda.

9.2 Centrala etiska frågor

9.2.1 Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att ge vård

Vården av dem som insjuknat i influensa kan medföra risk för att vårdpersonalen smittas. Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården samt de allmänna etiska reglerna förpliktar till att omedelbart hjälpa den som är allvarligt sjuk i alla situationer. Arbetarskyddslagen förpliktar arbetsgivaren att vidta alla nödvändiga åtgärder för att förhindra att hälsorisker uppkommer i arbetet.

Man har inte på flera årtionden varit tvungen att samordna hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att ge vård och deras rätt att skydda sin egen hälsa i en situation där vårdplikten skulle ha inneburit betydande risker för den vårdgivandes egen hälsa. Saken har dock diskuterats, bl.a. i samband med den globala sars-epidemin 2003, då det kom tre sådana fall till Finland som uppfyllde WHO:s kriterier på ett sannolikt sars-fall. Om antalet sjuka under en pandemi blir mycket stort, kommer det inte att vara möjligt att vid varje patientkontakt använda maximala skyddsåtgärder som med säkerhet hindrar smittan. Ändå kan man inte sluta upp med att vårda patienter. Trots att dödligheten bland de sjuka i arbetsför ålder skulle vara mycket liten, kan det förekomma motstridiga uppfattningar om hur smittsam infektionen är, hur allvarlig sjukdomen är och vad som är tillräckliga skyddsåtgärder.

De som ansvarar för den medicinska verksamheten bör säkerställa att det är tryggt att arbeta genom att utbilda personalen och se till att enheterna har tillräckligt med konstruktioner och utrustning som behövs för skyddet. I hälso- och sjukvårdspersonalens etiska anvisningar borde det noggrannare än nu fastställas hur stor personlig risk det kan förväntas av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och det bör också utredas vad deras skyldighet att inte skada patienter och arbetskamrater genom att sprida sjukdomar betyder i praktiken liksom när de kan förpliktas att använda alla till buds stående skyddsåtgärder.

9.2.2 Rättvis fördelning av begränsade resurser

Vid fördelningen av hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsinsats, vårdplatser, vacciner och antivirala läkemedel måste man eftersträva å ena sidan rättvisa och å andra sidan största möjliga hälso nytta. Med beaktande av bägge dessa synpunkter måste man vidare besluta vilken slags hälso nytta som eftersträvas.

Ett mål som ofta nämns är att förebygga skadlig hälsopåverkan (sjukdom, sjukhusvård, dödsfall). De skadliga verkningarna är emellertid inte likvärdiga sinsemellan och olika bekämpningsmetoder kan ha olika förmåga att hindra olika former av hälsopåverkan. För alla influensapandemier under 1900-talet har det varit utmärkande att dödsfallen har ökat när de börjat drabba även yngre åldersklasser. Styrkan hos fenomenet har varierat stort och sålunda kan den bli känd först när pandemin eller den omedelbart föregående larmfasen, som orsakar lokala epidemier, redan har pågått någon tid.

Målet att rädda förväntade *levnadsår* baserar sig på prevention av dödsfall och är ett mera entydigt mål än det ovanstående. Enligt detta förhållningssätt är det värdefullare att skydda barn än äldre människor från risken för att dö, någon som vissa kan se som att unga och gamla behandlas ojämlikt. Om man inte beaktar den återstående livstiden skulle det å andra sidan leda till att äldre människors levnadsår betraktas som värdefullare än barns levnadsår.

När man talar om att rädda *kvalitetsvägda levnadsår* betyder det att individens eller persongruppens antagna återstående livstid värderas. Enligt denna tankemodell accentueras värdet av att ett tidigare friskt barn hindras från att dö i förhållande till t.ex. en äldre person som från tidigare lider av en svår kronisk sjukdom och som i vart fall har klart färre levnadsår kvar. Det går ändå inte att entydigt värdera livskvalitet, och användningen av denna modell kan också upplevas som orättvis.

När man strävar efter att rädda de *produktiva kvalitetsvägda levnadsåren* beaktas ett kvalitetskriterium, det samhällsliga mervärdet, när de antagna återstående levnadsåren värderas. Förutom den antagna arbetsinsatsen ("skattebetalningsförmågan") påverkas samhällets funktion och befolkningens välfärd av individernas immateriella output (t.ex. konst), som det är svårt att mäta och förutspå.

Förutom rättvisa och maximerad hälso nytta måste reciprocitetsprincipen beaktas när begränsade resurser skall fördelas. Av den personal som sköter infektionspatienter förväntas särskilt stor insats och t.o.m. exponering för farlig smitta och därför måste de komma i främsta rummet vid fördelningen av alla skyddsmetoder.

Efter att man valt målet för en minskning av pandemins effekter, måste man ännu bedöma med hjälp av vilka metoder det är mest sannolikt att målet nås. Om resurserna är begränsade måste man avgöra i vilken ordning bekämpningsåtgärderna hänförs till olika befolkningsgrupper.

Finland har ingått upphandlingsavtal för att få två olika slags vacciner åt hela befolkningen. Om vaccinleveranserna delvis fördröjs, blir man tvungen att bestämma vem som skall få de första partierna och vem som kan vänta på resten. Finland har skaffat 1,3 miljoner behandlingskurer av det antivirala läkemedlet oseltamivir, vilket motsvarar en fjärdedel av befolkningen. Förutom för behandling av sjuka kan det i princip användas för kortvarig postexpositionsprefylax eller för långtidsprefylax. Om prevalensen bland befolkningen under en kommande pandemi stiger till över 25 %, räcker medicinen inte längre till åt alla och man blir tvungen att prioritera användningen. På motsvarande sätt, om man vill använda medicinen långtidsprefylax åt stora befolkningsgrupper, återstår en proportionellt sett mindre del för vården av sjuka.

På den nationella pandemiberedskapsgruppens begäran har Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE) behandlat användningsprinciperna för vacciner och antivirala läkemedel på sina möten. I överensstämmelse med ETENE:s utlåtande föreslår social- och hälsovårdsministeriet att det främsta målet pandemibekämpningen skall vara att förhindra skadlig hälsopåverkan och att rädda levnadsår. Hur dessa skall betonas vid inriktningen av vaccinationer, användningen av antivirala läkemedel och andra bekämpningsåtgärder presenteras i detalj på andra ställen (kapitel 7.1, 10.6.1 och 10.7). Det centrala är att man försöker bryta smittkedjor som uppstår i pandemilarmfaserna 3–5 effektivt genom att isolera smittade och skydda exponerade samt genom riktad prefylax (se kapitel 10.2). Efter att pandemin brutit ut ligger tyngdpunkten på vård av de sjuka och skydd av den exponerade hälso- och sjukvårdspersonalen. (kapitel 10 "*Hälso- och sjukvårdssystemets åtgärder för att minimera hotet om och skadeverkningarna av en pandemi*"). Man försöker förhindra att smittan sprids inom hälso- och sjukvården och på andra ställen i samhället med andra metoder än sådana som baserar sig på användningen av vacciner och antivirala läkemedel (kapitel 7.1 "*Fördröjd smittospridning*" och kapitel 10.4 "*Skydd mot smitta inom hälso- och sjukvården*").

Det är inte motiverat med långtidsprofylax med antivirala läkemedel för "grupper som är livsviktiga för samhällets funktion" eller att ge dem företräde till vaccinationer. På många områden är det svårt att definiera dessa grupper och det skulle sannolikt orsaka en känsla av orättvisa bland befolkningen. Kontinuiteten i verksamheten måste säkerställas på andra sätt. Ett undantag när det gäller vaccinationer utgör den personal som sköter infektionsspatienter.

Den kraftiga belastning på hälso- och sjukvården som en pandemi orsakar minskar oundvikligen tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster för annat än vården av influensapatienter. I den regionala beredskapsplaneringen och primärvårdens beredskapsplanering måste man i fråga om varje problem- och sjukdomskategori beakta hur svåra verkningarna är av en tidtabellsprioritering när det gäller icke-brådskande förebyggande tjänster och tjänster som avser kroniska sjukdomar. I planeringen bör man identifiera alternativa sjukvårdsförfaranden som kan användas för att minimera svårigheterna när dessa tjänster försämras.

9.2.3 Berättigade undantagsåtgärder

Begränsning av den individuella friheten för att bekämpa en epidemi

Åtgärder som ingriper i den individuella friheten och skyddet för egendom är sällsynta undantag i hälso- och sjukvårdslagstiftningen, och vidtagandet av sådana är reglerat i detalj. Lagen och förordningen om smittsamma sjukdomar fastställer olika instansers ansvar och skyldigheter vid övervakningen och bekämpningen av smittsamma sjukdomar samt de situationer då man för att förhindra smitta kan ingripa i individens integritet, rörelsefrihet eller egendom. Det kommunala organ som ansvarar för bekämpningen av smittsamma sjukdomar (vanligtvis hälsovårdsnämnden) kan bestämma att den som insjuknat eller som misstänks ha insjuknat skall utebli från sitt förvärvsarbete, från en läroanstalt eller sin dagvårdsplats. Det har möjlighet att bestämma att en person skall isoleras, om risken för att sjukdomen skall sprida sig är uppenbar och om spridning av sjukdomen inte kan förhindras på annat sätt. Den som insjuknat i en allmänfarlig smittsam sjukdom kan vidare på isoleringsplatsen oberoende av sin vilja ges sådan vård som är nödvändig för förhindrande av att sjukdomen sprids. En ändring av lagen om smittsamma sjukdomar som gäller karantän har godkänts i riksdagen.

Enligt lagen om smittsamma sjukdomar är det allmänna vaccinationsprogrammet frivilligt för individen. Statsrådet kan dock särskilt besluta om obligatoriska vaccineringsringar för att förhindra spridningen av en sådan smittsam sjukdom som kan åsamka avsevärd skada på hälsan för hela befolkningen eller en del av den. Det är osannolikt att obligatoriska vaccineringsringar behövs i en pandemisituation.

Påskyndat ibruktagande av nya vacciner och läkemedel

I samband med en pandemi kan det hända att man blir tvungen att använda vacciner i stor omfattning innan de har genomgått de säkerhetsundersökningar som normalt krävs av influensavacciner. Det är också möjligt att ibruktagandet av ett nytt antiviralt läkemedel eller en ny läkemedelsform påskyndas under en pandemi. Influensavacciner och antivirala läkemedel är i allmänhet vältolererade. Pandemivaccinerna avviker knappast mycket från liknande säsonginfluensavacciner liksom inte heller eventuella nya antivirala läkemedel från mediciner som redan är etablerade. Eventuella avsevärda biverkningar för en enskild person ersätts i enlighet med läkemedelsskadeförsäkringsavtalet. Sålunda kan användningen av dessa bekämpningsmetoder för att minska pandemins hälsopåverkan anses etiskt godtagbara.

10.1 Upptäckande av fall och epidemier

10.1.1 Mål och metoder för övervakningen

Övervakning är en hörnsten i förberedelserna för en pandemi. Det huvudsakliga syftet med övervakningen är (1) att så tidigt som möjligt upptäcka förekomst av det virus som orsakat pandemilarmet eller pandemiviruset i Finland samt (2) att beskriva prevalensen, allvaret och spridningen i fråga om den sjukdom som orsakas av det influensavirus som orsakat pandemilarmet eller pandemin.

Under influensapandemins larmfaser och under själva pandemin innefattar övervakningshelheten (1) epidemiologisk övervakning av sjukdomsfallen, (2) virologisk laboratorieövervakning, (3) övervakning av användningen av antivirala läkemedel och vacciner, (4) övervakning av de skadliga effekterna av ovan nämnda och (5) övervakning av djursjukdomar. Övervakningen enligt punkterna 3, 4 och 5 behandlas i andra kapitel i pandemiplanen. Övervakningen förutsätter välfungerande datainsamlings- och behandlingssystem, samarbete laboratorierna emellan och med de instanser som deltar i den epidemiologiska datainsamlingen.

I pandemilarmfaserna 3–5 måste övervakningen vara känslig för att identifiera misstänkta fall, där laboratorietestning (se kapitel 10.1.3.) säkerställer eller utesluter infektion av det influensavirus som orsakat pandemilarmet.

I pandemifasen 6 är målet med övervakningen att upptäcka när regionala epidemier börjar, beskriva epidemins förlopp och slut inom respektive område samt styra identifieringen av sjukdomsfall och användningen av olika bekämpningsmetoder (kapitel 7) samt bedömningen av deras effekt.

Särskilda mål för övervakningen är att upptäcka förändringar i de sätt på vilka det influensavirus som orsakat pandemilarmet eller pandemin smittar, sjukdomsbilden (komplikationer, dödsfall), fördelningen av fallen på åldersrelaterade eller medicinska riskgrupper, eventuella skyddande faktorer samt att mäta den belastning på hälso- och sjukvården som influensan orsakar. Egenskaperna hos de influensavirusstammar som upptäcks i samband med övervakningen jämförs med uppbyggnaden hos de tillgängliga vaccinerna och virusstammarnas känslighet för antivirala läkemedel bestäms.

Eftersom målen och verksamhetens omfattning varierar under de olika pandemilarm- och pandemifaser som beskrivs ovan, avviker också övervakningsmetoderna från varandra i de olika faserna. Den nationella och internationella influensaövervakningen i WHO faserna 1–2 beskrivs i kapitlen 4.5.2 och 4.5.3.

10.1.2 Klinisk bestämning och verifiering av fall

Falldefinitioner används för att styra bl.a. användningen av diagnostik av det virus som orsakat pandemilarmet i sjukdomsfall, för att beskriva diagnosens säkerhetsgrad i olika skeden av utredningen av ett sjukdomsfall, för att standardisera insamlingen av data om sjukdomsfall samt för att möjliggöra högkvalitativ klinisk-epidemiologisk forskning i de olika faserna av pandemilarmet och pandemin. Användning av laboratoriediagnostik beskrivs i kapitel 10.1.3.

Falldefinitionen kan innehålla en del som gäller symtom och kliniska fynd, en del som gäller exponering samt en del som gäller laboratorieverifiering. I pandemilarm-

faserna 3–5 är den del som gäller exponering central, och den innehåller ofta en geografiskt avgränsande definition (t.ex. "länder där A/H5N1-influensa förekommer hos fåglar"), en beskrivning av den faktiska exponeringssituation som medför smittrisk (t.ex. "direkt beröring med en person", "mindre än 1 meters avstånd från ett verifierat influensafall"), samt en tidsbestämning av exponeringen (t.ex. "högst 7 dygn före de första symtomen"). Definitionerna förändras när den epidemiologiska kunskapen eller kunskapen om virusets egenskaper förändras. När subtypen av det influensavirus som orsakat pandemilarmet förändras, uppdateras anvisningarna. Exakta aktuella definitioner finns på KTL:s webbplats⁶.

I pandemilarmfaserna 3–5 förutsätts alltid laboratorieverifiering. Under själva pandemin tillåter antalet fall inte systematisk laboratorieverifiering. För att man skall kunna följa med eventuella förändringar i pandemivirusets egenskaper insamlas ändå prov som ett sampel på misstänkta fall i enlighet med en särskild plan. När pandemivågen når sin kulmen orsakas en mycket stor del av alla luftvägsinfektioner med feber av influensan och därför är en enkel falldefinition som grundar sig på symtombilden tillräcklig som redskap för övervakningen och som grund för vårdbesluten.

När pandemilarmet framskrider meddelar WHO och ECDC rekommendationer om hur falldefinitionerna skall förenhetligas internationellt.

Grunden för att antivirala läkemedel skall sättas in i patientvården avviker från falldefinitionen i pandemilarmfaserna 3–5. I den aktuella larmfasen 3 till följd av A/H5N1-viruset grundar sig inledandet av vård på den gällande anvisningen för tidig identifiering av A/H5N1-infektion hos människor och den riskbedömning som gjorts på grundval av den. Anvisningen uppdateras fortlöpande på grundval av den information som insamlas om sjukdomens särdrag och diagnostiken i larmfaserna 3–5. Aktuella anvisningar finns på KTL:s webbplats⁶.

I pandemifas 6 grundar sig falldefinitionen på en enkel kombination av de symtom som är typiska för influensan. Målet är att falldefinitionen samt grunden för att sätta in antivirala läkemedel skall vara så förenliga som möjligt. Falldefinitionen utgörs av influensaliknande symtom, vilka i samband med vanlig säsonginfluensa är i synnerhet hög feber ($>38^{\circ}\text{C}$), luftvägssymtom samt muskelvärk. På grundval av den information som insamlas om den sjukdomsbild som orsakas av det pandemiska influensaviruset i en sen larmfas (fas 5) utarbetas den slutliga, detaljerade falldefinitionen, som ligger till grund för övervakningen och inledandet av behandling med antivirala läkemedel.

10.1.3 Användningen av virusdiagnostik

Endast genom laborietester kan man med säkerhet få veta att det är fråga om ett influensafall, särskilt en infektion som orsakats av det influensavirus som orsakat pandemilarmet eller pandemin. Genom laborieåtgärder följs dessutom eventuella föränderliga egenskaper hos viruset. I de olika faserna av pandemilarmet och pandemin varierar målen för och sätten att utnyttja laborieverksamheten.

Det centrala under pandemilarmfaserna 3–5 är att stoppa eller åtminstone fördröja pandemins utveckling. Då är det viktigt att varje enskilt sjukdomsfall eller sjukdomsanhopning som orsakats av det nya influensaviruset identifieras snabbt, så att man kan bryta eventuella begynnande smittkedjor. Proven skall också undersökas med avseende på andra eventuella sjukdomsalstrare, så att man kan undvika omotiverade dyra isoleringar m.m. fortsatta åtgärder.

I fas 6 är antalet fall så stort att det inte är möjligt eller motiverat med diagnostik av enskilda fall. Även i den fasen behövs viruslaboratoriernas undersökningar av särskilda sampel, bl.a. för att följa med utvecklandet av eventuell läkemedelsresistans.

6 www.ktl.fi – För hälsofrämjare

Undersökningsmetoder

För att påvisa virus i prov på luftvägssekret i laboratorier används virusodling, antigenpåvisning eller genkopiering (PCR). Med hjälp av virusodling kan man isolera virusstammen för fortsatta undersökningar. Vid de fortsatta undersökningarna bestäms virusstypen (t.ex. influensa A) och subtypen (t.ex. H5N1). Med hjälp av genetisk analys av isolerade virus följer man hur viruset förändras och kan man bestämma virusets resistans för läkemedel. Nackdelen med virusodling är att metoden är så långsam. Det kan räkna flera dygn – ibland t.o.m. veckor – innan viruset har förökats så att det går att karakterisera. Antigenpåvisning ger resultat betydligt snabbare, på t.o.m. 20 minuter. Genom dessa tester påvisas virusets beståndsdelar, men de skiljer inte mellan olika subtyper av A-viruset. Därför bör de snabbtester som används för att diagnostisera säsonginfluensa inte användas som enda metod när man misstänker ett pandemivirus, eftersom både ett positivt och ett negativt resultat kan vara vilseledande. Även PCR är betydligt snabbare än virusodling. För det kan man snabbt utveckla nya specifika reagenser i takt med att det virus som skall påvisas förändras. Nackdelen är att det finns flera olika PCR-versioner vilkas känslighet och specificitet i just den pågående fasen av pandemiutvecklingen kan vara osäkra. Nationell och internationell koordinering är nödvändig för att resultat av virusfynd som påvisats med PCR-metoder skall vara pålitliga och jämförbara.

Med hjälp av antikroppstester av blodprov kan man i efterhand visa om patienten har fått en viss virussmitta, om vaccinationen har lett till immunförsvar och om patienten har immunskydd mot ett visst virus. De traditionella antikroppsbestämningsmetoderna, hemagglutinations-inhibitionstest (HI) och neutralisationstest förutsätter levande virus och således ett BSL3-laboratorium. För EIA-metoderna behövs inte levande virus och de kan tillämpas även i vanliga (BSL2) viruslaboratorier. I början av 2006 finns det inga EIA-metoder med vilka man specifikt skulle kunna mäta H5N1-antikroppar.

Prov

Hur exakt och tillförlitlig laboratoriediagnostiken är beror i stor utsträckning på om patientproven är tagna på rätt sätt och vid rätt tidpunkt. Prov för att påvisa virus tas så tidigt som möjligt i början av sjukdomen, oftast med bomulls- eller dacronpinne ur svalg eller med sugapparat ur nässvalg. Detaljerade provtagningsanvisningar finns beskrivna på KTL:s webbplats⁷. För antikroppsundersökningar insamlas parserumprov. Det första provet tas i sjukdomens akutskede och det andra 10–14 dygn senare. Vid behov kan man ta ett tredje prov ungefär fyra veckor efter insjuknandet.

Före provtagningen måste man i synnerhet i pandemilarmfaserna 3–5 säkerställa att laboratoriet har beredskap att undersöka proven på korrekt sätt. Proven förpackas i en transportbehållare som kyls med is och levereras med specialtransport så snabbt som möjligt till laboratoriet. Om transporten fördröjs, förvaras provet i kylskåp. Närmare anvisningar finns på KTL:s webbplats⁷.

Användningen av virologiska laboratorieundersökningar i olika faser av pandemiutvecklingen

WHO pandemilarmfaser 3–5

Virusdiagnostik behövs, om det är möjligt att en misstänkt influensapatient har blivit smittad med det virus som orsakat pandemilarmet av ett sjukt djur (faserna 3–5) eller av en människa utanför Finland (faserna 4–5). De gällande anvisningarna om identifie-

7 www.ktl.fi – För hälsofrämjare

ring av misstänkta när man misstänker smitta från fågel med A/H5N1-viruset finns på KTL:s webbplats⁷. Om någon av de lokala anhopningarna av humansmitta i fas 5 inträffar i Finland, övergår man till praxis enligt fas 6.

Intensiv och omfattande mikrobiologisk diagnostik skall användas i fråga om varje patient som man misstänker att har fått den virussjukdom som orsakat pandemilarmet. Provtagning skall åtminstone i fas 3 föregås av konsultation med infektionsläkare enligt särskilda anvisningar (närmare anvisningar på KTL:s webbplats⁷). Ett positivt fynd leder till åtgärder som är krävande för den berörda hälso- och sjukvårdsenheten och som eventuellt begränsar den sjukes och hans eller hennes närkontakters rörelsefrihet. På motsvarande sätt stoppar ett negativt fynd i allmänhet åtgärder som vidtagits för säkerhets skull. Detta ställer särskilda krav på resultatens tillförlitlighet. Ett felaktigt resultat i vilken riktning som helst försvårar eventuellt åtgärder som behövs för att bryta en begynnande smittkedja. På motsvarande sätt är det viktigt att försöka påvisa en eventuell annan sjukdomsalstrare hos patienten. Trots att dubbelinfektioner är möjliga är fyndet av någon annan sjukdomsalstrare en mycket viktig information för planeringen av fortsatta åtgärder.

Påvisande av viruset är den primära diagnostiseringsprincipen, men i synnerhet om provtagningen fördröjs av någon orsak har också antikroppsbestämningarna stor betydelse.

Eftersom virusodling är viktig i detta skede, är det skäl att koncentrera undersökningen av prov till laboratorier där odlingen kan ske i förhållanden där skyddsnivå 3 (BSL-3) råder. Av de laboratorier som utför omfattande virusdiagnostik finns sådan i början av 2006 endast vid HUSLAB. Detaljerade provtagnings- och leveransanvisningar finns beskrivna på KTL:s webbplats⁷.

Det kan hända att anvisningarna förändras när kunskapen ökar och pandemin utvecklas. Det är därför alltid skäl att kontrollera de aktuella anvisningarna på KTL:s webbplats⁷.

Antalet patientprov som skall undersökas kan öka sprängvis under pandemilarmfaserna. Därför är det skäl att i tid förbereda sig på att sållningsundersökningar av både det virus som orsakar pandemilarmet och alternativa sjukdomsalstrare kan göras även i andra vanliga viruslaboratorier under förhållanden där skyddsnivå 2 (BSL-2) råder (t.ex. PCR). Folkhälsoinstitutet följer med hur hotsituationen utvecklas och meddelar vid behov på sin webbplats och via andra kommunikationskanaler anvisningar och rekommendationer om användningen av nya diagnosmetoder.

KTL följer hur eventuella isolerade influensavirusstammar som orsakat pandemilarmet förändras och deras läkemedelskänslighet, så nära realtid som möjligt. Dessa uppgifter utnyttjas när man försöker optimera åtgärderna för att stoppa eventuella smittkedjor.

WHO fas 6 (pandemi)

I fas 6 (och eventuellt redan i fas 5, om smitta mellan människor förekommer epidemiskt i Finland) är målet inte längre att identifiera vad som orsakat sjukdomen hos en enskild patient, med undantag för det inledande skedet, då sjukdomens spridning inom olika områden i Finland bäst kan följas på grundval av laborieverifierade fall. Redan när en lokal epidemi brutit ut gör det stora antalet fall heltäckande diagnostik omöjlig och också onödig efter att orsaken till epidemin säkerställts.

Även under en pandemi är det emellertid skäl att följa med eventuella förändringar hos virusets antigena egenskaper och dess läkemedelskänslighet. Proven insamlas enligt en särskild plan och levereras till Folkhälsoinstitutets influensalaboratorium för närmare undersökningar.

10.1.4 Datainsamling för övervakningen

Datainsamlingen för övervakningen baserar sig på övervakningssystemet under normala situationer (kapitel 4.5) samt på ett system som införs stegvis och som beaktar de informationsbehov som hänför sig till pandemilarmet eller pandemifasen.

WHO fasen 3–5

Under normala förhållanden meddelar alla mikrobiologiska laboratorier laboratorieverifierade influensafall till det riksomfattande registret över smittsamma sjukdomar. När pandemilarmet framskrider kan datainsamlingen snabbt utvidgas till att omfatta nödvändiga tilläggsuppgifter om det virus som orsakat larmet. När man misstänker en infektion av det influensavirus som orsakat pandemilarmet är det alltid KTL:s nationella expertlaboratorium som verifierar det slutliga resultatet och skickar uppgift om det till registret över smittsamma sjukdomar, där uppgifterna sammanställs med uppgifter som meddelats från andra ställen.

Den enhet som vårdar patienten underrättar per telefon i ett så tidigt skede som möjligt den läkare vid sjukvårdsdistriktet som ansvarar för smittsamma sjukdomar samt Folkhälsoinstitutet om varje fall som misstänks eller som verifierats vara orsakat av pandemilarmviruset (närmare anvisningar på KTL:s webbplats⁷). Folkhälsoinstitutet deltar i varje enskilt fall i den bedömning då man i misstankeskedet fastställer diagnosens sannolikhet och motåtgärdernas omfattning.

I fråga om varje fall som misstänkts eller verifierats vara orsakat av pandemilarmviruset insamlas till Folkhälsoinstitutet systematiskt uppgifter om sjukdomen, exponeringen och slutresultatet. Uppgifterna insamlas i första hand av sjukvårdsdistriktets läkare med ansvar för smittsamma sjukdomar eller en av honom befullmäktigad person. Medan antalet fall är mycket litet insamlas uppgifterna per telefon och på blanketter som KTL delat ut och som skickas in per fax. Funktionerna hos det riksomfattande registret över smittsamma sjukdomar kan tekniskt utvecklas så att när antalet fall ökar kan den vårdande läkaren eller sjukvårdsdistriktets läkare med ansvar för smittsamma sjukdomar meddela de systematiska övervakningsuppgifter som behövs om fallet elektroniskt (bl.a. exponeringsuppgifter, symtom, remiss till sjukhus, antiviral läkemedelsbehandling, vaccinationsbakgrund). Då vore uppgifterna direkt tillgängliga för alla som deltar i bekämpningen via fjärranvändningsförbindelsen till det riksomfattande registret över smittsamma sjukdomar.

Om anhopningar eller regionala epidemier förekommer i Finland under pandemilarmfaserna 4–5, används för tidig upptäckt av epidemier även den övervakning av besöksorsaken vid smittsamma sjukdomar som håller på att utvecklas för öppenvården. Målet med övervakningen av besöksorsaken vid smittsamma sjukdomar inom öppenvården är att i samarbete med hälsocentralerna, akutpoliklinikerna och de producenter som ansvarar för den tekniska uppbyggnaden av deras patientdatasystem utveckla ett tillvägagångssätt för att automatiskt samla in enkla uppgifter från de lokala patientdatasystemen till ett nationellt datasystem för att upptäcka epidemier av smittsamma sjukdomar. Den läkare eller skötare som ansvarar för vårdhändelsen behöver inte vidta några extra åtgärder utöver den normala inskrivningen i datasystemet. För att kunna fungera på bred basis förutsätter systemet att besöksorsakskoder börjar användas i större utsträckning än nu inom primärvården. De uppgifter som insamlas genom systemet kan med hjälp av webbt teknik göras tillgängliga för lokala, riksomfattande och nationella hälsovårdsmyndigheter. Målet är att utvidga systemet till ett givarcentralssystem, som omfattar en betydande del av den offentliga primärvården och akutpoliklinikerna. När systemet börjar fungera i större omfattning ger det en bra bild av den belastning som influensan orsakar den offentliga hälso- och sjukvården.

WHO fas 6

SHM meddelar när en pandemi (fas 6) brutit ut i Finland (kapitel 8.2), varvid man övergår till förfarandet nedan.

På grund av det stora antalet sjuka baserar sig influensadiagnosen för de allra flesta inte på laborietester, utan på enkel sjukdomsbestämning utgående från symtomen (kapitel 10.1.2)

Funktionerna hos det riksomfattande registret över smittsamma sjukdomar (www.ktl.fi/ttr) utvecklas så att läkare och vid behov av dem befullmäktigade personer (sjukskötare, hälsovårdare) kan anmäla influensafall elektroniskt till det riksomfattande registret över smittsamma sjukdomar i samband med vårdhändelsen. Genom att möjlighet att anmäla influensa elektroniskt tillfogas till hälso- och sjukvårdens patientbesöksdatasystem, går det att göra anmälan mycket snabbt då datainnehållet delvis upprättas automatiskt. Om det visar sig ändamålsenligt är det möjligt att lägga till fält för ytterligare uppgifter, som gäller bl.a. användning av antivirala läkemedel och remiss till sjukhus. Patientdatasystemet producerar alltså en anmälan om smittsam sjukdom, datainnehållet kompletteras vid behov på det sätt som övervakningen av pandemin förutsätter och datasystemet skickar ett meddelande till det riksomfattande registret över smittsamma sjukdomar.

För de hälso- och sjukvårdsenheter vilkas datasystem saknar de komponenter som krävs för elektronisk anmälan, skapas ett webbaserat anmälningsförfarande, varigenom uppgifterna lagras direkt i det nationella registret över smittsamma sjukdomar.

Med ovan nämnda förfaranden blir aktuella uppgifter om vårdhändelser snabbt tillgängliga för alla som deltar i bekämpningen med hjälp av fjärranvändningsförbindelsen till det riksomfattande registret över smittsamma sjukdomar. Med hjälp av ovan nämnda lösningar blir de också snabbt tillgängliga i den offentliga webbstatistiktjänst som hänför sig till det riksomfattande registret över smittsamma sjukdomar (www.ktl.fi/ttr).

Den automatiska övervakningen av besöksorsaken vid smittsamma sjukdomar inom öppenvården som presenteras ovan i samband med beskrivningen av verksamheten under pandemilarmfaserna 3–5 hjälper vid tidig identifiering av en regional epidemi. På denna grundval kan man effektivisera den regionala och riksomfattande informationen och utbildningen.

En del av ovan nämnda ändringar i datasystemen kan företas snabbt när pandemilarmet framskrider. De tillgängliga resurserna avgör tidtabellen för de egentliga utvecklingsprojekten. När de ovan nämnda integrerade, automatiserade systemen är på utvecklingsstadiet kan datainsamlingen under en kort tid skötas med blanketter som skickas per fax, varvid det är mest ändamålsenligt att lagringen sker regionalt och att själva systemet snabbt upprättas centralt. Ett dylikt separat anmälningsförfarande kräver mera av vårdpersonalens tid än de integrerade metoderna, vilket vore ett stort problem när hälso- och sjukvårdstjänsterna är mycket överbelastade. Uppgifterna vore inte heller lika effektivt tillgängliga för de olika instanser som deltar i bekämpningen som när de redan existerande datasystemen för övervakningen, som innehåller mångsidiga och etablerade förfaranden för att utnyttja uppgifterna, ändras så att de lämpar sig för ändamålet.

Grunderna för läkemedelsbehandling av sjuka bestäms utgående från prognosen om pandemins allvarlighet (närmare i kapitel 10.7). Om målet är att behandla alla som insjuknar i influensa tidigt (<48 h efter symptomdebuten) med antivirala läkemedel, är det möjligt att i sjukdomsövervakningen inkludera uppgift om huruvida antiviral läkemedelsbehandling inletts samt andra enkla uppgifter som bekämpningsledningen förutsätter. Om övervakningen av användningen av antivirala läkemedel fogas till fallövervakningen i datasystemen, kan den information som systemet producerar användas för att styra leveranserna av antivirala läkemedel.

Genom att med hjälp av personbeteckningen koppla samman en uppgift om eventuellt dödsfall, som med normala förfaranden hämtas ur befolkningsdatasystemet, med det riksomfattande registret över smittsamma sjukdomar kan man med ett litet dröjsmål få uppgifter som den dödlighet som hänför sig till fallen.

Vid övervakningen av säsonginfluensa används ofta övervakning av frånvaron, som kan gälla daghem, förskolor, läroinrättningar, arbetsplatser och försvarsmakten. Att planera och ordna dylik omfattande övervakning med enhetliga metoder på riksnivå kräver mera resurser än de nuvarande. Regionalt kan man med hjälp av frånvaroövervakning ändå komplettera den övervakning som grundar sig på utnyttjandet av hälso- och sjukvårdstjänster och precisera bilden av pandemins verkningar. Systematisk frånvaroövervakning är särskilt viktig inom organisationer som är centrala för tryggheten av livsviktiga funktioner.

Ovan nämnda utvecklande av datasystemen förutsätter välkoordinerat samarbete mellan dem som ansvarar för hälso- och sjukvårdens datasystem och övervakningssystemen. När antalet misstänkta eller verifierade fall ökar i pandemilarmfaserna samt i synnerhet under pandemin, förutsätter de tekniska systemen att betydligt större linje-, minnes- och processkapacitet reserveras för detta ändamål än för närvarande för att de skall fungera tillförlitligt och effektivt stödja motåtgärderna.

För genomförandet av planerna för både pandemilarmfaserna 3–5 och den egentliga pandemin (fas 6) är det viktigt att användningen av de underliggande systemen är rutin. De olika aktörerna ges förpliktande anvisningar och beslut fattas om utvecklingsåtgärder. De effektiverade metoderna för insamling och utnyttjande av data under pandemilarmet förutsätter separata utvecklingsresurser för att de skall vara tillgängliga inom den närmaste framtiden.

10.2 Åtgärder med avseende på exponerade

Personer som exponerats för misstänkta eller verifierade influensafall riskerar att få influensasmitta. Hos en del av de smittade kan influensainfektionen vara symtomfri, hos en del kan den orsaka lindrig sjukdom som den infekterade inte känner igen som influensa och hos en del infekterade utvecklas den typiska sjukdomsbilden för influensa.

I alla ovan nämnda infektionssituationer kan personen utsöndra influensavirus i sitt luftvägssekret. Hos den som insjuknar med symtom kan viruset förekomma i luftvägssekret före de första symtomen (se kapitel 4.1.1 och kapitel 10.4).

Målet för de åtgärder som riktas mot de exponerade är att minska risken för att den som fått infektionen i en exponeringssituation smittar andra före symtomdebuten eller innan sjukdomen identifierats som influensa.

Under en pandemi (fas 6) försöker man inte identifiera de exponerade och de är inte heller föremål för särskilda åtgärder. De förfaranden som beskrivs i det följande gäller pandemilarmfaserna 3–5.

10.2.1 Definitioner av exponering och exponerad

De sätt på vilka influensa smittar och smittfarligheten beskrivs i kapitel 4.1. Exponerade för influensafall (falldefinition i kapitel 10.1.2) är (1) de som bor i samma hushåll, (2) personer som har varit i direkt kontakt med en patient eller en exponerad på högst en meters avstånd från patients luftvägssekret, som sprids i droppform genom hosta, nysningar, snytningar och tal, (3) vårdpersonal som har exponerats på det sätt som avses i föregående punkt när de skött patienter på sjukhus utan behörigt skydd (se kapitel 10.4 *"Skydd mot smitta inom hälso- och sjukvården"*). OBS! De som använt behörigt skydd är inte exponerade.

10.2.2 Spårning

Målet med spårningen är att hitta de exponerade innan de kan sprida sjukdomen vidare. De exponerade ges råd för att identifiera eventuella influensasymtom genast när de yppar sig samt att undvika beteende som kan sprida smittan innan symtomen uppträder. Genom spårning kan man identifiera ett influensafall som redan utvecklat symtom tidigt innan personen har insett att han eller hon lider av influensa och omedelbart vidta särskilda åtgärder för att förhindra ytterligare smitta och inleda behandling så tidigt som möjligt. Genom övervakningen av exponerade kan man också få information om effekten av vidtagna försiktighetsåtgärder.

Spårningen inleds när misstanke väcks om exponering för det virus som orsakat pandemilarmet. Eftersom inkubationstiden för influensa (se kapitel 4.1.1) är kort, inleds spårningen så snabbt och effektivt som möjligt. Eftersom den som orsakat exponeringen fortfarande saknar laboratorieverifiering, tar den som lokalt eller regionalt ansvarar för den epidemiologiska utredningen så snabbt som möjligt kontakt med Folkhälsoinstitutet för riskbedömning och bestämmande av åtgärdernas omfattning.

Spårning är en expertuppgift, som förutsätter utbildning om smittsamma sjukdomar och spårningens särdrag. Som informationskällor används patienten, nära anhöriga eller personer som bor i samma hushåll, arbetskamrater, personalen på de hälso- och sjukvårdsenheter som vårdat patienten, passagerar- och platslistor från allmänna kommunikationsmedel m.m. Ofta ger de många informationskällorna en förteckning över exponerade, där man för var och en känner till närexponeringens natur.

Om varje exponeringssituation insamlas detaljerade uppgifter som kan antingen öka eller minska smittrisen i den aktuella situationen. Det är också speciellt viktigt att samla in information om eventuellt skydd mot smitta i en exponeringssituation eller om tidigare vaccination mot mikroben i fråga.

Spårning förutsätter omfattande samarbete mellan hälso- och sjukvårdens verksamhetsenheter. Om exponeringen har skett i ett internationellt kommunikationsmedel (t.ex. flygplan, båt), förutsätter spårningen att information förmedlas till en eller flera nationella hälsomyndigheter samt en utredning till eventuella koordinerande internationella organisationer (WHO, ECDC).

10.2.3 Rådgivning för och övervakning av exponerade

Den som blivit exponerad uppmanas att vara noggrann med handhygien och under den återstående eventuella inkubationstiden undvika nära kontakt med andra personer (se kapitel 7.1 *"Fördröjd smittospridning"*). För den exponerade förklaras noggrant de symtom som influensan kan börja med samt åtgärderna när de första symtomen visar sig. Målet är att det regionalt eller lokalt skall finnas telefonrådgivning som den exponerade kan ringa när de första symtomen visar sig för att få detaljerade anvisningar om det fortsatta förfarandet.

Pandemilarmfaserna kan förutsätta aktiv övervakning av de exponerade utan karantän. Den enhet som genomför den aktiva övervakningen står i daglig kontakt med den exponerade och frågar om han eller hon har fått feber, hosta eller andtäppa, muskelsmär, huvudvärk, trötthet, halsont, snuva, illamående, uppkastningar eller diarré. När symtom yppat sig hänvisas den exponerade till en hälso- och sjukvårdsenhet för diagnostik och vård i enlighet med de regionala anvisningarna.

10.2.4 Karantän

Med karantän avses att rörelsefriheten för en symptomfri person som utsatts för infektion begränsas för att den exponerade inte skall smitta andra personer med mikroben när infektionen utvecklas. Karantänen sätts in när personen som tidigast kan smitta,

och den upphör när den längst kända inkubationstiden, inom vilken sjukdomssymptomen borde yppa sig, har gått från den sista exponeringen. Vid vanlig säsonginfluensa är den längsta inkubationstiden sex dygn, men det nya pandemivirusets inkubationstid kan avvika från denna. Inkubationstiden bestäms på grundval av bästa tillgängliga kunskap i pandemilarmfaserna.

Karantän hänför sig alltid till en bekämpningshelhet, där man för epidemibekämpningen använder även andra tillvägagångssätt som sannolikt är effektiva för att bekämpa infektionen i fråga. Vanligtvis genomförs karantänen hemma genom frivillig överenskommelse. I särskilda situationer kan det också bli fråga om anstaltskarantän. Endast i undantagsfall är det motiverat att genomföra karantän mot den berördes vilja (legislativa synpunkter se kapitel 14 *"Lagstiftning"*)

Hälsö- och sjukvårdsenheten skall om möjligt ha kontakt minst en gång om dagen med den som är försatt i karantän. Den som försätts i karantän får råd om hur han eller hon hemma skall undvika att smitta dem som bor i samma hushåll eller personer som t.ex. hämtar livsmedel åt patienten med infektionen. Socialvårdssystemet skall ha beredskap att enligt behov stödja dem som är hemma i karantän. Personalen bör skydda sig mot smitta på behörigt sätt.

Under en lång flygresä kan det uppstå befogade misstankar om att en passagerare insjuknat i en sjukdom som orsakats av det influensavirus som orsakat pandemilarmet. Vid hälsomyndigheternas lägesbedömning kan det då hända att alla passagerare i flygplanet eller en del av dem definieras som exponerade. Om det i området finns ett flygfält som är ankomstplats för långväga flygresor, bör det finnas en regional plan med stöd av vilken passagerarna i ett flygplan vid behov kan försättas i karantän. I enlighet med internationella rekommendationer övervägs inte annars karantänåtgärder för passagerare. Åtgärdernas omfattning är beroende av pandemilarmfasen.

10.2.5 Kortvarig antiviral läkemedelsbehandling efter exponering

Om det influensavirus som orsakat pandemilarmet är känsligt för antivirala läkemedel, ges alla exponerade korttidsprofylax. Detta görs inte om längre tid än den kända inkubationstiden för influensavirusinfektionen har förflutit från den sista exponeringen.

Korttidsprofylax efter exponering för A/H5N1-influensaviruset, som orsakat det aktuella pandemilarmet, är för vuxna oseltamivir 75 mg en gång om dygnet under sju dygn. Dosen för barn bestäms enligt vikten. De närmare grunderna för valet av läkemedel och medicineringen utreds i kapitel 4.4.

10.2.6 Datainsamling

De åtgärder som i olika faser riktas mot de exponerade förutsätter att man har kontroll över uppgifterna om exponerade. Ett sjukdomsfall kan vara förenat med tiotals eller hundratals exponerade.

För kontrollen över uppgifterna om exponerade och karantän bör det skapas datasystem för lagring och utnyttjande av dessa uppgifter inom verksamheten och vid övervakningen på lokal, regional och riksomfattande nivå.

10.3 UNDERSÖKNING OCH VÅRD AV PATIENTER

10.3.1 Vårdkedjan inom sjukvården och placeringen av patienter

Mål och principer för verksamheten

När det råder influensapandemilarm (WHO fas 3–5) är målet att hindra eller avsevärt fördröja pandemin. I faserna 3–5 anpassar sig influensaviruset i allt högre grad till människan och viruset blir allt smittsammare. I Finland finns det några eller högst några tiotal patienter. Belastningen på hälso- och sjukvården är fortfarande sådan att det är möjligt att sköta verksamheten inom ramen för det normala systemet. Det finns tillräckligt med speciallokaler, läkemedel och förnödenheten och de hindrar inte att vårdpersonalen och annan personal skyddar sig med metoder som bygger på sedvanliga medicinska grunder.

Patienterna hänvisas och transporteras så direkt som möjligt till den slutliga vårdplatsen för att undvika smitta. På sjukhuset används sedvanliga försiktighetsåtgärder vid vården av alla patienter som uppfyller falldefinitionen, kontakt-, dropp- och luftisolering (se kapitel 10.4, bilagorna 6 och 8). I faserna 3–5 vidtas spårnings- och karantänåtgärder i fråga om exponerade för att bryta smittkedjan (se kapitel 10.2)

I pandemifasen (WHO:s fas 6) är målet att fördröja tidpunkten för den största prevalensen under pandemin med preventiva åtgärder (vaccinationer, icke-medicinska metoder, se kapitel 7.1 och 7.2) samt att minska antalet allvarliga sjukdomsfall och dödsfall till följd av influensan genom effektiv vård i ett tidigt skede. Den stora belastningen på sjukvården förutsätter sannolikt undantagsarrangemang i anslutning till organisationen och lokalerna för att tillfredsställa vårdbehovet. Till följd av den stora belastningen och de tillgängliga lokalernas karaktär kan man inte nödvändigtvis på ett heltäckande sätt hålla samma nivå på smittisoleringen och –skyddet som under WHO faserna 3–5. Då koncentrerar man sig på att på noggrant iaktta god handhygien och skydda sig mot droppsmitta (se kapitel 10.4).

Även i pandemifasen är strävan att i mån av möjlighet genomföra mottagningen, sällningen och transporten av patienter så att man undviker smitta på olika nivåer inom vårdkedjan. Patienterna borde hänvisas så direkt som möjligt till den slutliga vårdplatsen. Strävan är att sköta en så stor del av influensapatienterna som möjligt hemma. Inom primärvården blir man sannolikt tvungen att inrätta separata influensamottagningar. På sjukhusen kohorteras patienterna. Antalet som behöver intensiv övervakning och respiratorvård är stort.

I fas 6 är exponeringen omfattande. I denna fas kan pandemins förlopp inte fördröjas genom spårning av exponerade och karantän, så dessa åtgärder ingår inte i verksamheten.

Vårdsökande patienter och arrangemang inom vårdkedjan

Pandemilarm (WHO fas 3–5)

Patienter

Om en patient har symtom som tyder på den influensa som orsakat pandemilarmet, skall han eller hon ta kontakt med hälso- och sjukvården, i första hand per telefon. I enlighet med givna anvisningar tar han eller hon sig direkt till den överenskomna undersöknings- och vårdplatsen och undviker onödiga kontakter samt iakttar god hand- och hostningshygien. Målet förutsätter att befolkningen informeras om grunderna för att söka vård och förfarandena därvid.

Öppenvård

Hälso- och sjukvårdspersonalen utreder i första hand genom att intervjua patienten per telefon noggranna uppgifter om symtom, resor och exponering samt bedömer om de

kliniska kriterierna för den influensa som orsakat pandemilarmet uppfylls (se kapitel 10.1.2, uppdaterade anvisningar finns på KTL:s webbplats www.ktl.fi - För hälsofrämjare). När kriterierna uppfylls konsulterar läkaren som följande sjukvårdsdistriktets infektionsläkare och, om denne är inte anträffbar, det egna specialansvarsområdets infektionsläkare och patienten hänvisas i enlighet med dennes anvisningar så direkt som möjligt till den slutliga vårdplatsen med undvikande av onödiga kontakter.

Mottagningen och transporten av patienter sköts så att man undviker smitta. Inom verksamheten iakttas noggrant god handhygien och skydd mot droppsmitta (se kapitel 10.4).

Varje säkerställd influensamisstanke i fråga om den subtyp som orsakat pandemilarmet skall anmälas så snabbt som möjligt till Folkhälsoinstitutets avdelning för infektionsepidemiologi. Spårning av och karantän för exponerade genomförs på det sätt som presenteras i kapitel 10.2. Användning av antivirala läkemedel vid kortvarig postexpositionsprofylax behandlas också i kapitel 10.2.

Sjukhus

Mottagningen och transporten av patienter sköts så att man undviker smitta. Patienterna skall alltid hänvisas så direkt som möjligt till den slutliga vårdplatsen och förflyttningar mellan sjukhusen skall undvikas om möjligt. Vid vården av patienter iakttas sedvanliga försiktighetsåtgärder, kontakt-, dropp- och luftisolering (se kapitel 10.4, bilagorna 6 och 8).

Alla sjukhus som kommer i fråga om vårdande enheter har inte tillgång till utrymmen för luftisolering. Specialutrymmet väljs i mån av möjligheter i följande ordning:

- 1) ett specialrum försett med sluss, egen toalett och tvätttrum, separat ventilation, undertryck och luft som byts 6-12 gånger i minuten (luftisoleringsrum)
- 2) ett specialrum försett med sluss
- 3) ett en persons rum med egen toalett och tvätttrum
- 4) kohartering i ett/flera rum med separat ventilation men gemensamma toaletter och tvätttrum

Om det inte finns möjlighet till separat ventilation, planeras arrangemangen i samarbete med sjukhusets tekniska enhet.

Pandemifas (WHO fas 6)

Patienter

I pandemifasen informeras befolkningen om personliga beteendemönster genom vilka man kan förebygga smitta och om eventuella avvikande tillvägagångssätt när man söker vård. Medborgarna ges klara enhetliga nationella anvisningar om vid vilka symtom de skall ta kontakt per telefon eller söka sig till rätt vårdplats inom hälso- och sjukvården. Patienterna hänvisas genom lokal information - telefonrådgivning, webbtjänst och annan offentlig information - så direkt som möjligt till den slutliga vårdplatsen beroende på hur allvarlig sjukdomsbilden är.

Öppenvård

Belastningen på primärvården påverkas avsevärt av om det säkerhetsupplagrade antivirala läkemedlet har någon effekt på det influensavirus som orsakat pandemin. Om läkemedlet har effekt på viruset, är det första målet att alla som har en influensaliknande sjukdom inom 48 timmar söker sig till en hälso- och sjukvårdsenhet, som gör en klinisk bedömning och beslutar om antiviral läkemedelsbehandling skall inledas (se kapitel 7.3 och 10.3.). Strävan är att förhindra komplikationer och dödsfall genom tidig läkemedelsbehandling. Detta ökar kraftigt belastningen på öppenvården.

I en pandemisituation ges enhetliga riksomfattande anvisningar om användningen av antivirala läkemedel. Resistans mot antivirala läkemedel som utvecklas under en pandemi kan leda till snabba och betydande förändringar i användningen av läkemedlet. Man kan också bli tvungen att ransonera användningen av läkemedel. När man använder ett antiviralt läkemedel vars användning är ransonerad och vars mängd är begränsad, finns det ett stort behov av tillsyn över att den används rätt.

Om de säkerhetsupplagrade antivirala läkemedlen inte har någon effekt på pandemi-viruset, används de inte under pandemin. Om det inte är motiverat att använda antivirala läkemedel eller om lagren tar slut medan pandemin ännu pågår, försöker man sköta en så stor del av patienterna som möjligt hemma för att undvika ytterligare smitta. Då är de grundläggande principerna för att söka sig eller få remiss till hälso- och sjukvård desamma som i normala situationer.

Oberoende av om man eftersträvar tidig antiviral läkemedelsbehandling för alla som lider av influensa eller inte, är antalet patienter sannolikt så stort att man måste ta till mottagnings- och vådarrangemang som avviker från normala situationer. Till följd av det stora antalet patienter och ovan nämnda särdrag hos influensabehandlingen blir det sannolikt nödvändigt att ordna särskilda influensamottagningar. För att undvika smitta placeras de separat från de lokaler som används av andra patienter. Strävan är att sköta patienttrafiken så att smittan inte ökar. För att undvika ytterligare smitta vore det till fördel om utdelningen av antivirala läkemedel kunde ske så att patienten i så liten utsträckning som möjligt behöver röra sig mellan olika platser.

Behovet av hembesök ökar och överstiger sannolikt kapaciteten. Stöd för vård av patienter som vårdas hemma bör ordnas. Trycket på socialvården kommer att vara stort.

Varje primärvårdsenhet kartlägger de icke-brådskande funktioner där verksamheten kan avbrytas i en pandemisituation. Lokaler och personal som frigörs när icke-brådskande funktioner avbryts tas i bruk. Till följd av det stora antalet patienter kan det hända att hälsovårdare och sjukskötare eller andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården än läkare blir tvungna att hålla influensamottagning. Efter en inskolning plockar de i enlighet med anvisningar som getts på förhand ut de patienter som skall hänvisas till läkarmottagning eller sjukhusets akutmottagning, beslutar om tilldelning av antivirala läkemedel och ger patienterna medicin. Verksamheten sker under läkarens handledning och på dennes ansvar.

Influensamottagningarna bör vara jourliknande och helst öppna dygnet runt. Bedömningen bör ske snabbt och väntetiden för patienterna vara så kort som möjligt. Om belastningen är stor, hänvisas till läkarmottagning och sjukhusens akutmottagningar t.ex. endast dem som eventuellt behöver sjukhusvård, barn under ett år samt gravida. Medborgarna informeras om undantagsarrangemangen lokalt.

På alla nivåer inom hälso- och sjukvården koncentrerar man sig på att noggrant iaktta god handhygien och skydd mot droppsmitta (se kapitel 10.4).

Sjukhus

Placering av patienter

Mottagning, sällning och transport av patienter bör ske så att smitta undviks. Patienterna bör alltid hänvisas så direkt som möjligt till den slutliga vårdplatsen för att undvika smitta.

Placeringen av patienter påverkas av vilken isoleringsform som används, antalet patienter och nivån på den vård som patienten behöver, dvs. kan han vårdas på bäddavdelning eller behöver han observation eller intensiv- och respiratorvård. Beroende på de tillgängliga lokalerna kan redan 1–5 misstänkta influensapatienter samtidigt leda till att alla inte kan vårdas i behörig luftisolering. Intensivvårdsavdelningarnas luftisole-

ringsrum tar sannolikt slut i ett mycket tidigt skede. Om antalet patienter som behöver isoleras är 5–30 blir man sannolikt tvungen att vidta specialarrangemang. Om antalet patienter överstiger 30, är det fråga om en undantagssituation och man kan redan då bli tvungen att ta i bruk en reservsjukhusplan.

Sjukhusvård av barn kräver specialarrangemang därför att vårdnadshavaren måste vara med på sjukhuset på grund av den begränsade personalen.

I pandemifasen (WHO fas 6) är antalet patienter så stort att alla inte kan vårdas i luftisolering. På sjukhusen iakttar man noggrant åtminstone sedvanliga försiktighetsåtgärder, kontakt- och droppisolering. Strävan är att vidta nödvändiga åtgärder som medför aerosoler i luftisoleringsrum eller åtminstone i en persons rum. (se kapitel 10.4, bilaga 8)

Placering på bäddavdelning

Man blir sannolikt tvungen att minska på eller upphöra med icke-brådskande elektiv verksamhet och använda de lokaler och den personal som frigörs.

Om det inte finns tillräckligt med isoleringsrum, placeras influensapatienterna helst i en separat byggnad. Om detta inte är möjligt, placeras patienterna på en avdelning med ventilation som är separat från andra lokalers ventilation. Om det inte finns någon möjlighet till separat ventilation, planeras arrangemangen i samarbete med sjukhusets tekniska enhet.

Placering på avdelningar med intensifierad övervakning och intensivvårdsavdelningar

Under en pandemi finns det inte tillräckligt med luftisoleringsrum på intensivvårdsavdelningarna. Patienterna kan kohorteras inom eller till en intensivvårdsavdelning eller avdelning med intensifierad övervakning. Operationssalar och uppvakningsrum som frigörs från den elektiva verksamheten kan användas för vården av patienter som kräver intensivvård. Sannolikt räcker inte heller dessa lokaler till.

Ett idealiskt reservsjukhus egenskaper

Det stora antalet patienter som skall vårdas kan förutsätta att reservsjukhus tas i bruk. Lokaler som lämpar sig för detta ändamål borde identifieras med tanke på beredskapsplanerna. Det bästa alternativet vore om reservsjukhuset är en lokal i sjukhusanvändning där det finns nödvändig utrustning som kan användas och därifrån patienterna lätt kan flyttas till andra ställen. Reservsjukhuset borde vara beläget separat från de andra verksamhetsenheterna men ändå nära stödtjänster som röntgen- och laboratorietjänster. Det borde på förhand finnas en färdig plan för ibruktage av reservsjukhuslokalerna och bortflyttningen av patienter och verksamhet som finns där i normala situationer.

Avlidna

Större dödlighet än normalt bör beaktas genom att man ser till att det finns tillräckligt med lämpliga utrymmen för förvaringen av avlidna.

10.3.2 Användningen av antivirala läkemedel

Under pandemilarmet (WHO faser 3-5) grundar sig försiktighetsåtgärderna och inledandet av antiviral läkemedelsbehandling på klinisk misstanke som uppfyller de diagnostiska kriterierna (se kapitel 10.1.2) Diagnosen säkerställs genom laboratorieundersökningar (se kapitel 10.1.3). Hur vården slutförs beror på resultaten av och tillförlitligheten hos laboratorietesten.

I pandemifasen (WHO fas 6) är största delen av alla luftvägsinfektioner med feber förorsakade av influensan, och på grund av det stora antalet patienter är det inte möjligt att för alla patienters del säkerställa diagnosen genom laboratorietest. Influensadiagnosen grundar sig på klinisk definition (se kapitel 10.1.2).

Vid användningen av antivirala läkemedel bör de riksomfattande anvisningarna iaktas. Det preliminära målet är att alla influensasjuka personer under pandemilarmet (WHO faser 3–5) och pandemin (WHO fas 6) skall få specifik läkemedelsbehandling senast 48 timmar efter symtomdebuten förutsatt att läkemedlet har effekt på pandemi-viruset och att det finns tillräckligt av det (se kapitel 7.3 och kapitel 10.7). Under pandemin (WHO fas 6) kan det hända att man inom hälso- och sjukvården blir tvungen att vidta specialarrangemang för att säkerställa att alla sjuka får vård så snabbt som möjligt och att ytterligare smitta undviks i samband med läkemedelsdistributionen (se bilaga 2 "Lokala beredskapsplaner för en influensapandemi – primärvården")

De antivirala läkemedlen presenteras i kapitel 4.4.

Läkemedelsverket ansvarar för övervakningen av läkemedels biverkningar. De övervakningsförfaranden för och det register över biverkningar som är i användning lämpar sig för insamling av uppgifter om biverkningar under en pandemi.

10.3.3 Antibiotika som behövs för behandlingen av komplikationer

Antibiotikabehandling är motiverad, om man misstänker lunginflammation som komplikation vid en influensainfektion. Andra influensakomplicationer som kan förekomma är akut bihåleinflammation och hos barn mellanöreinflammation. Influensakomplicationer beskrivs i kapitel 4.1.

Det viktigaste vid läkemedelsbehandlingen är att det använda antibiotikumet täcker de sannolika sjukdomsalstrarna. Den viktigaste sjukdomsalstrande bakterien är *Streptococcus pneumoniae* (pneumokock), men också *Haemophilus influenzae* och *Staphylococcus aureus* är möjliga, varför praxis i någon mån avviker från de vanliga antibiotikarekommendationerna vid behandlingen av lunginflammation.

Under pandemilarmet (WHO faser 3–5) är tillräckligheten inget problem när det gäller antimikrobiska läkemedel, och begränsar inte valet av läkemedel. Under pandemifasen (WHO fas 6) när antalet patienter blir exceptionellt högt, är tillgången på antibiotika sannolikt begränsad och minskar valmöjligheterna.

Antibiotika som används på sjukhus

Sjukhusens och hälsocentralernas obligatoriska upplagring av läkemedel bestäms på grundval av respektive enhets urval av basläkemedel och den obligatoriska upplagringen skall omfatta en mängd som motsvarar sex månaders förbrukning (se kapitel 11.2). Av denna orsak bör de antibiotika som används i en pandemisituation ingå i enhetens urval av basläkemedel. En samstämmig antibiotikarekommendation underlättar också hälso- och sjukvårdspersonalens arbete.

Cefuroxim intravenöst är den behandling som i första hand rekommenderas för bakteriell lunginflammation som kräver sjukhusvård. Cefuroxim har sannolikt effekt på den sjukdomsalstrande bakterien och det finns i hälso- och sjukvårdsinrättningarnas obligatoriska lager, eftersom det används rikligt under normala förhållanden. Beroende på situationen kan man också använda bredspektrigare antibiotika, men de obligatoriska lagren av dem är betydligt mindre.

Antimikrobiska läkemedel som används inom öppenvården

Av de läkemedelspreparat som omfattas av läkemedelstillverkarnas och läkemedelsimportörernas obligatoriska upplagring är amoxicillin, amoxicillinklavulansyra och doxycyklin för närvarande de enda antibiotika som i praktiken kan utnyttjas för att behandla lunginflammation och andra luftvägsinfektioner inom öppenvården i en pandemisituation (se kapitel 11.2).

I samband med verkställandet av pandemiplanen bedömer man mera detaljerat principerna för och regleringen av den obligatoriska upplagringen samt behoven av säkerhetsupplagring för att säkerställa tillräckliga stora antibiotikalager för behandlingen av bakterieinfektioner i en pandemisituation.

10.4 Skydd mot smitta inom hälso- och sjukvården

Under en influensapandemi är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen skyddar sig mot smitta. Detta är den viktigaste metoden att förhindra och fördröja smittspridningen innan vaccination kan användas. Pandemivirusets egenskaper är inte kända på förhand. I denna skyddsplan antas att pandemiviruset smittar, sprider sig och förstörs på samma sätt som säsonginfluensavirus.

10.4.1 Smittspridningssätt

En person som insjuknat i säsonginfluensa utsöndrar virus i sina luftvägar och kan smitta andra personer med sjukdomen när han eller hon hostar eller nyser (droppsmitta). När man hostar och nyser uppkommer stora droppar ($>5 \mu\text{g } \emptyset$) som inte svävar i luften utan de faller ner och förflyttar sig inte mer än en meter bort från den person som hostar eller nyser. Smitta kan också spridas via luftvägssekret på händerna (direkt kontaktsmitta). Dessutom kan man få smitta från ytor eller material i omgivningen, om det finns luftvägssekret på dem (indirekt kontaktsmitta). Smitta förutsätter att luftvägssekret som innehåller viruset hamnar i de övre luftvägarnas eller ögonens slemhinnor t.ex. genom beröring.

Vid en experimentell undersökning har det påvisats att influensavirus förblir livsdugligt högst 24–48 timmar på släta metall- och plasttytor samt högst 8–12 timmar i kläder och engångsnäsdukar. Influenzavirus har kunnat överföras från ytor till händerna under 24 timmar efter viruskontaminationen och från en engångsnäsduk till händerna under 15 minuter. På händerna minskar virusmängderna till en hundraedel eller tusendel på några minuter. Man bör lägga märke till att smitta som sker via omgivningen eller material förutsätter stora virusmängder, som det finns i luftvägssekret i ett tidigt sjukdomsskede. Influenzavirus inaktiveras på 30 sekunder med alkoholbaserade handsköljmedel. Även vanliga desinfektionsmedel som används på sekretfläckar inaktiverar det.

Inkubationstiden för säsonginfluensa från smittan till symtomdebuten är 1–4 dagar, i medeltal 2–3 dygn. Vuxna smittar redan en dag före symtomdebuten och 3–7 dagar efter den, i medeltal fem dygn. Småbarn kan smitta redan flera dygn före symtomdebuten och fortsätta att smitta längre än vuxna (7–21 dygn). Patienter med nedsatt motståndskraft kan utsöndra virus i luftvägarna flera veckor eller t.o.m. flera månader. En patient som uppvisar symtom utsöndrar större mängder virus i luftvägssekretet och smittar således mera än en symtomfri patient. Så är fallet i synnerhet under de första dyggen.

Droppsmitta och både direkt och indirekt kontaktsmitta är de sätt på vilka säsonginfluensa huvudsakligen smittar. Luftburen smitta är möjlig i synnerhet om en influensasjuk patient på sjukhuset är föremål för ingrepp där luftvägssekret ombildas till finfördelad droppaerosol ($1\text{--}5 \mu\text{g } \emptyset$). Denna finfördelade aerosol kan sväva i luften

länge och färdas längre än en meter. Sådana ingrepp är bl.a. intubation, sugning av slem ur luftvägarna, behandling av trakeostomi, andningsfysioterapi, bronkoskopi, nebulisatorbehandling och obduktion av lungorna.

10.4.2 Försiktighetsåtgärder

Sedvanliga försiktighetsåtgärder, dvs. god handhygien och skydd mot sekret, utgör de grundläggande smittbekämpningsprinciperna.

Sedvanliga försiktighetsåtgärder och god handhygien

Med sedvanliga försiktighetsåtgärder avses rekommenderad god vårdpraxis vid vården och omsorgen om kunder/patienter inom hälso- och sjukvården. Syftet med dem är att förhindra överföring av mikrober från arbetstagare till patienter, från patienter till arbetstagare och från patienter via arbetstagarna till andra patienter. Denna vårdpraxis rekommenderas oberoende om patienten har en infektion eller inte. De sedvanliga försiktighetsåtgärder grundar sig på god handhygien och de gäller blod, alla kroppsvätskor och sekret, skadad hud och slemhinnor (*Bilaga 8 "Försiktighetsåtgärdsklasser"*).

I hälso- och sjukvårdsinrättningarna avses med god handhygien desinfektion av händerna med alkoholsköljmedel. Händerna skall alltid desinficeras före och efter varje patientkontakt samt efter att skyddshandskarna avlägsnats och när man lämnar ett isoleringsrum. Före desinficeringen tvättas händerna med vatten och tvål endast om de är synbart smutsiga eller eventuellt befläckade med sekret. Användningen av skyddshandskar ersätter inte desinficering av händerna. Handskarna är patient- och ingreppspecifika och man får inte kontaminera ytor i omgivningen med dem.

Skydd mot droppar

Man skyddar sig mot patientens luftvägssekret med kirurgiskt munnässkydd och visir eller skyddsglasögon (*Bilaga 6 "Användningen av andningsskydd och munnässkydd inom hälso- och sjukvården"*). Dessutom instrueras patienterna att täcka sin näsa och mun med engångsnäsduk när de hostar och nyser, eller så förses hostande patienter med kirurgiskt munnässkydd (*Bilaga 7 "Allmänna hygienanvisningar för att förebygga smitta från luftvägsinfektioner"*).

Skydd mot luftburen smitta

Man skyddar sig mot luftburen smitta (finfördelad aerosol) med andningsskydd (*Bilaga 6 "Användningen av andningsskydd och munnässkydd inom hälso- och sjukvården"*). I första hand skall man använda skydd av klass FFP3 eller filterskydd med fläkt där filtret är av klass P3, i andra hand skydd av klass FFP2. Samtidigt skydd mot droppar kräver särskilda ögonskydd (skydd av maskmodell, skyddsglasögon med sidoskydd eller visir, behövs inte tillsammans med skydd med fläkt). När det gäller skydd med fläkt måste man beakta att personalen på förhand har utbildats i att arbeta med skydd med fläkt (bl.a. risk för injektionsolyckor), att deras rengöring/desinfektion sköts på ett säkert sätt och att det finns lämpliga förvaringsutrymmen för dem. Med tekniska egenskaper hos patientrummen (separat ventilation, styrning och filtrering av luftströmmarna) minskas halten av finfördelad aerosol i luften och hindras den från att nå andra delar av sjukhuslokalerna.

Vid hanteringen av avfall och utrustning, bespisningen, städningen och hanteringen av smutstvätt iakttas normal praxis (*Bilaga 8 "Försiktighetsåtgärdsklasser"*). Vid städningen fästs särskild uppmärksamhet vid omsorgsfull rengöring av ytor som är utsatta för beröring. Desinfektionsmedel används för desinficering av ytor i enlighet med sjukhusets praxis. Arbetstagare som städar patientrum och -utrymmen och provtagare skyddar sig på samma sätt som vårdpersonalen.

Det är viktigt att snabbt upptäcka arbetstagare som insjuknat i influensa för att begränsa pandemins spridning. Sjuka arbetstagare och besökare skall i mån av möjlighet hållas borta från hälso- och sjukvårdslokalerna.

För hela personalen ordnas utbildning om de sätt på vilka influensan smittar och de grundläggande bekämpningsprinciperna. De som arbetar i patientlokaler ges särskild utbildning om genomförandet av försiktighetsåtgärder och användningen av personlig skyddsutrustning. Även patienter och besökare informeras om hur influensan smittar och de grundläggande bekämpningsprinciperna (*Bilaga 7 "Allmänna hygienanvisningar för att förebygga smitta från luftvägsinfektioner"*).

10.4.3 Försiktighetsåtgärder i olika pandemifaser

Pandemilarm eller WHO faser 3–5

Under pandemilarmet är målen att förhindra eller åtminstone avsevärt fördröja pandemin. I Finland finns det då enstaka eller högst några tiotals patienter som är sjuka i influensa. Det antas finnas tillräckligt med behöriga isoleringslokaler, personal med utbildning i användningen av andningsskydd och skyddsförnödenheter.

Vid undersökningen och vården av alla patienter iakttas sedvanliga försiktighetsåtgärder, dvs. god handhygien, och man skyddar sig mot patienternas luftvägssekret (*Bilaga 7 "Allmänna hygienanvisningar för att förebygga smitta från luftvägsinfektioner"*). För att undvika ytterligare smitta hänvisas eller transporteras patienter som kräver sjukhusvård så direkt som möjligt till den egentliga vårdplatsen enligt anvisningar från sjukvårdsdistriktets infektionsläkare.

På den egentliga vårdplatsen iakttas sedvanliga försiktighetsåtgärder samt anvisningarna om kontakt-, dropp- och luftisolering (*Bilagorna 7 "Försiktighetsåtgärdsklasser, 6 "Användningen av andningsskydd och munnässkydd inom hälso- och sjukvården"*).

Pandemifas eller WHO fas 6

I pandemifasen är målet med skyddet att fördröja den tidpunkt då influensan orsakar den största prevalensen samt att minimera antalet allvarliga influensafall och dödsfall. Antalet personer som insjuknat i influensa och antalet patienter som behöver sjukhusvård är stort. De behöriga isoleringslokalerna räcker inte till och det kan bli brist på skydd eller personal som har fått utbildning i användningen av andningsskydd.

Vid all undersökning och vård av patienter iakttas sedvanliga försiktighetsåtgärder, dvs. god handhygien, och man skyddar sig mot patienternas luftvägssekret (*Bilaga 7 "Allmänna hygienanvisningar för att förebygga smitta från luftvägsinfektioner"*). För att minimera ytterligare smitta hänvisas eller transporteras patienter som behöver sjukhusvård så direkt som möjligt till den egentliga vårdplatsen med iakttagande av regionala anvisningar.

På sjukhusen blir man oundvikligen tvungen att kohortera patienter. Med kohortering avses att patienterna indelas i grupper och att grupperna vårdas separat från varandra. Patienterna indelas på grundval av den symtombaserade falldefinitionen i influensa- och icke-influensapatienter. Exponerade placeras bland influensapatienterna, om det inte finns en egen grupp för dem, och nya patienter placeras bland icke-influensapatienterna, om de inte uppvisar influensasyntom. Det bör om möjligt finnas separat vårdpersonal för kohorterna. Om det inte är möjligt skall man i det dagliga arbetet först sköta icke-influensapatienterna och sedan influensapatienterna. Behov av brådskanie och akutvård måste dock beaktas.

På sjukhusets kohortområde för influensapatienter iakttar vårdpersonalen sedvanliga försiktighetsåtgärder samt anvisningarna om kontakt-, dropp och luftisolering (*Bilagorna 8 "Försiktighetsåtgärdsklasser" och 6 "Användningen av andningsskydd och munnässkydd inom hälso- och sjukvården"*). Om det inte är möjligt iakttas utöver de

sedvanliga försiktighetsåtgärder vid närvård åtminstone anvisningarna om kontakt- och droppisolering (Tabell 6 "Minimikrav på skydd av personalen under pandemifasen (WHO fas 6)"). När det gäller influensapatienter bör ingrepp som ger upphov till aerosoler undvikas. Om det inte är möjligt, använder personalen vid dessa ingrepp förutom skyddshandskar och skyddsrock även andningsskydd (FFP3 eller vid långvarigt arbete filterskydd med fläkt där filtret är av klass P3, se 10.4.2) samt visir eller skyddsglasögon (behövs inte tillsammans med skydd med fläkt). Ingreppen bör göras i luftisoleringsrum. Om det inte är möjligt bör de utföras i ett separat rum bakom stängda dörrar och med bara den nödvändiga personalen på plats.

Tabell 6. Minimikrav på skydd av personalen under pandemifasen (WHO fas 6)⁸

	Inom kohortområdet men inte närvård ⁸	Närvård (<1 m)	Åtgärder som ger aerosoler ⁹
Handhygien	+	+	+
Skyddshandskar	— ¹⁰	+ ¹¹	+
Skyddsförkläde	— ¹⁰	+	—
Skyddsrock	—	-/+ ¹²	+
Kirurgiskt munskydd	+	+	—
Andningsskydd FFP3	—	—	+
Visir eller skyddsglasögon	—	-/+ ¹³	+

10.5 Företagshälsovård och placering av personalen inom hälso- och sjukvården

Under en pandemi kan arbetstagarna inom hälso- och sjukvården få influensasmitta utanför arbetsplatsen eller så kan de exponeras i sina arbetsuppgifter. Det är viktigt att snabbt upptäcka influensasjuka arbetstagare så att sjukdomen inte smittar patienter och andra arbetstagare.

Sjuka arbetstagare bör avhållas från vårdarbete. Man kan bli tvungen att göra undantag från detta i fråga om arbetstagare som bl.a. uppvisar lindriga symtom eller håller på att återhämta sig, om det råder avsevärd brist på personal. Arbetstagare som uppvisar lindriga symtom eller som håller på att återhämta sig och som upplever att de är i arbetsfört skick kan sköta influensapatienter, men de bör undvika kontakt med andra patienter och friska arbetstagare.

⁸ sedvanliga försiktighetsåtgärder används alltid

⁹ intubation, sugning av slem ur luftvägarna, behandling av trakeostomi, andningsfysioterapi, bronkoskopi, nebulisatorbehandling, obduktion av lungorna

¹⁰ städare använder alltid kirurgiskt munskydd och dessutom skyddsförkläde och skyddshandskar

¹¹ om det råder brist på skyddshandskar, används de då man hanterar sekret, behandlar skadad hud och slemhinnor (sedvanliga skyddsåtgärder)

¹² skyddsrock används i stället för skyddsförkläde om man kan vänta sig att arbetskläderna fläckas ner i stor utsträckning eller direkt hudkontakt med blod eller annat sekret, t.ex. intubation eller vård av småbarn

¹³ skyddsglasögon eller visir används om det finns risk för blod- eller sekretstänk (sedvanliga skyddsåtgärder)

Arbetstagarna skall underrätta den instans som ansvarar för placeringen av arbetstagare om att de har haft influensa och återhämtat sig från sjukdomen, eftersom det kan påverka framtida arbetsuppgifter. På motsvarande sätt säkerställer den instans som ansvarar för placeringen av arbetstagare att uppgifter om sjukdom och frånvaro tillställs företagshälsovården.

Den allmänna principen är att arbetstagare inom hälso- och sjukvården som sköter influensapatienter inte sköter andra patienter eller rör sig i andra patientlokaler. Man kan bli tvungen att göra undantag från detta i synnerhet när det gäller små yrkesgrupper eller om det råder avsevärd brist på personal. Inte heller inom öppenvården kan detta nödvändigtvis genomföras. Under en pandemi kan arbetstagare på sjukhus sättas att sköta influensapatienter om de dessförinnan har skött andra patienter, men inte tvärtom. Å andra sidan skall arbetstagare som haft influensa i första hand sättas att sköta influensapatienter, eftersom de inte löper risk att få influensan eller sprida den. Likaså kan dessa arbetstagare placeras i enheter där influensa skulle ha allvarliga följder, t.ex. transplantationsenheter, intensivvårdsenheter för nyfödda och hemodialysenheter inom öppenvården.

Arbetstagare inom hälso- och sjukvården som löper stor risk att få influensakomplicationer bör inte delta i det direkta patientarbetet. För dem bör man överväga andra uppgifter eller så skall de åtminstone inte sköta influensapatienter. Till dessa hör bl.a. gravida arbetstagare och arbetstagare med nedsatt motståndskraft.

I fråga om vikarier iakttas samma principer som för den ordinarie personalen.

Om man blir tvungen att anlita personal som inte har fått hälso- och sjukvårdsutbildning måste man beakta att de alltid arbetar på arbetsgivarens ansvar, som måste se till att de utbildade håller sig till de uppgifter som anvisas dem. Arbetsgivaren skall informera arbetstagarna om olägenheterna och riskerna i arbetet.

Företagshälsovården för arbetstagarna inom hälso- och sjukvården kan vara externa-liserad. I avtalet måste då beaktas ovan nämnda uppgifter i en pandemisituation.

Företagshälsovårdens uppgifter

- Upprätthålla ett system för övervakning av influensafall och frånvaro från arbetet bland arbetstagarna
- Ordna antiviral läkemedelsbehandling för arbetstagare
- Genomföra vaccinationer av arbetstagare
- Samarbeta intensivt med instanser med ansvar för bl.a. infektionsbekämpning, anställning och placering av arbetstagare

10.6 Vaccinationer

10.6.1 Inriktningen av vaccinationer

Finland har satt som mål att skaffa pandemivaccin till alla finländare. Trots de fattade besluten och avtalen om anskaffning av vaccin måste man också förbereda sig på att vaccin inte fås samtidigt åt alla. Därför är det skäl att på förhand bestämma åtminstone enligt vilka principer människorna skall placeras i vaccinationsordning.

Vaccinationsrekommendationen för vanlig säsonginfluensa

Personer som tillhör grupper för vilkas hälsa influensa utgör ett väsentligt hot ges avgiftsfri influensavaccination årligen före epidemisäsongens början som ett led i det allmänna vaccineringsprogrammet. Till de grupper som vaccineras hör alla som har fyllt 65 år och sådana som lider av olika kroniska sjukdomar. För dessa persongrupper kan även en vanlig årligen återkommande influensa vara ödesdiger. För i grunden friska unga eller medelålders utgör den däremot sällan någon risk. Exempelvis enligt under-

sökningar av amerikansk och finländsk dödsfallsstatistik är risken för att den som fyllt 65 år skall dö till följd av en vanlig influensa 50–200 gånger större än för den som är under 65 år. Under den årliga epidemin insjuknar 5–20 % av befolkningen i vanlig influensa medan 1–2 av 1000 personer som fyllt 65 år dör till följd av den årliga influensan.

Vad är annorlunda under en pandemi?

Verkningarna av den sjukdom som orsakas av pandemiviruset förväntas vara betydligt våldsammare än verkningarna av den vanliga årsinfluensan. Under den första pandemi-vågen (varar 6–8 veckor i ett samhälle) uppskattas andelen sjuka till 25–35 %. Antalet dödsfall uppskattas under den första vågen vara 2–4 gånger större än under en normal säsonginfluensaepidemi, om det är fråga om en måttlig epidemi, och rentav 40 gånger större, om pandemin är synnerligen våldsam. Kalkylerna bygger på uppgifter som insamlats om de tre pandemierna under 1900-talet. Av dem kan pandemierna 1957–58 och 1968–69 betraktas som måttliga och pandemin 1918–19 som synnerligen våldsam.

Vid sidan av den absoluta ökningen av antalet sjukdoms- och dödsfall har alla pandemier under 1900-talet utmärkts av en relativ förskjutning av dödsfallen till yngre åldersklasser. Under de två lindrigare pandemierna var dödligheten ändå klart större bland dem som fyllt 65 år än i yngre åldersklasser. I Förenta staterna var risken för dödsfall till följd av influensa hos dem som fyllt 65 år under epidemin 1957–58 18 gånger och under epidemin 1968–69 13 gånger större än i de yngre åldersklasserna. Pandemin 1918–19 avvek helt från de lindrigare pandemierna vad gäller såväl antalet dödsfall som åldersfördelningen. Antalet dödsfall var 40–50 gånger större än under en vanlig influensaepidemi och enligt en amerikansk undersökning var risken för dödsfall bland dem som var under 65 år mer än tre gånger så stor som risken för äldre åldersklasser. Störst risk för att dö löpte de som var under fem år och i åldern 20–40 år.

Pandemiernas svårighetsgrad och risken för olika åldersklasser kan alltså variera mycket. Därför är det inte möjligt att utarbeta en allmängiltig vaccinationsplan på förhand. Vaccinationsordningen kan bestämmas slutgiltigt först när man står på tröskeln till att inleda vaccinationerna. Det är emellertid skäl att utarbeta en preliminär plan på förhand för såväl en måttlig pandemi liknande den 1957–58/1968–69 och en våldsam liknande den 1918–19. Det allra viktigaste är att bestämma vad man vill uppnå med vaccinationerna, dvs. på vilka grunder vaccinationerna skall inriktas.

Företräde för personal som sköter infektionsspatienter

Arbetsgruppen anser att när vaccinationer ges finns det i regel inga grunder för att prioritera vissa nyckelgrupper framom andra. Definitionen av nyckelgrupper och ordnandet av dylika specialvaccinationer skulle kräva orimligt med resurser i förhållande till den uppnådda nyttan.

Arbetsbördan och den personliga risken för den personal som sköter infektionsspatienter är ändå i egen klass jämfört med alla andra grupper och därför kan det anses befogat att denna grupp vaccineras till först. Motiveringarna behandlas närmare i kapitel 9.

Målet att rädda levnadsår med respekt för jämlikhetsprincipen

Vaccination är en enkel skyddsåtgärd som alla kan bli delaktiga av. När en allvarlig epidemi hotar bör vaccinationerna inriktas på grundval av en mätare som är accepterad i så breda kretsar som möjligt och som överensstämmer med den allmänna rättskänslan.

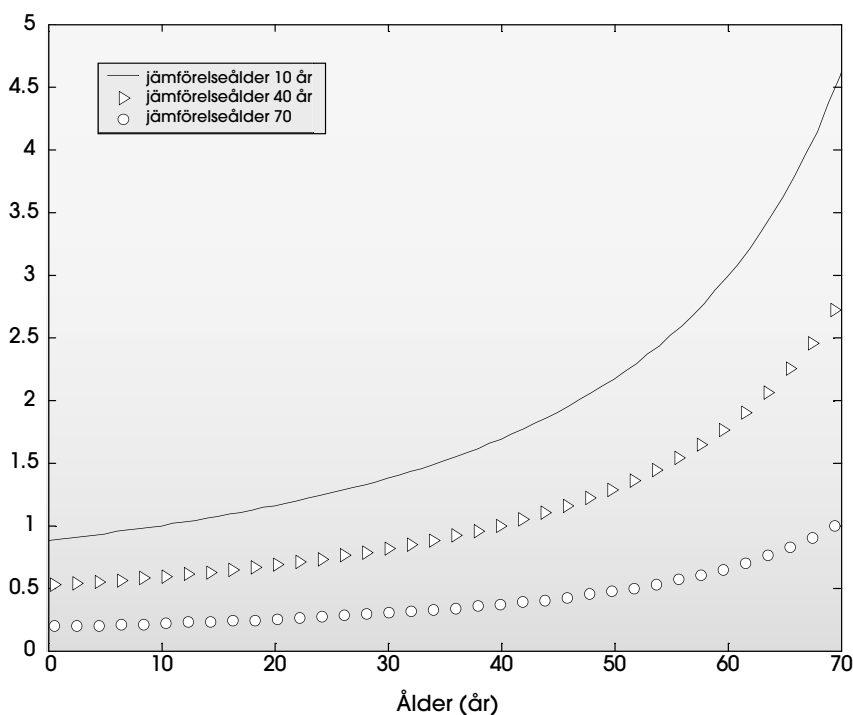
Målet är att med vaccinationer rädda så många levnadsår som möjligt. För att ett jämlikt bemötande av medborgarna inte skall äventyras när målgrupperna bestäms, bör man vid beräkningen av den förväntade livslängden beakta endast åldersgruppen, inte sådana faktorer som inverkar på den förväntade livslängden, t.ex. socialgrupp eller underliggande sjukdom.

Vad innebär det att rädda levnadsår

Om man med vaccinationer under en influensapandemi uttryckligen strävar efter att rädda levnadsår, behövs det uppgifter eller välgrundade premisser om den förväntade livslängden i olika åldrar (den genomsnittliga återstående livstiden), influensadödligheten i olika åldrar samt vaccinets effekt mot influensadödligheten. Efter detta grundar sig inriktningen av vaccinationerna på en enkel slutledning: i den äldre åldersgruppen måste influensadödligheten vara större än i den yngre, för att de räddade förväntade levnadsåren per vaccinerad skall vara desamma. Eftersom den förväntade livslängden för dem som är t.ex. 60 år är ungefär en tredjedel av den förväntade livslängden för 10-åringarna, borde influensadödligheten bland 60-åringarna vara tre gånger större än bland 10-åringarna, för att man skall rädda i medeltal samma antal levnadsår genom att vaccinera 60- och 10-åringar.

Bifogade figur visar hur den relativa influensadödligheten i olika åldrar måste se ut för att man genom vaccination skall rädda lika många förväntade levnadsår som genom att vaccinera 10-, 40- eller 70-åringar. Beräkningarna grundar sig på antagandet att vaccinets effekt är densamma i alla åldrar (effekten är inte väsentlig i denna granskning). Antagandet att vaccinets effekt är densamma i alla åldrar gynnar sannolikt de något äldre åldersklasserna, eftersom enligt dagens uppfattning har en vaccination något sämre effekt hos äldre.

Relativ influensadödlighet



Figur 1. Den heldragna linjen är den nivå på den relativa influensadödligheten i olika åldrar (jämfört med influensadödligheten hos 10-åringar) som leder till samma antal räddade förväntade levnadsår som vaccination av 10-åringar. Motsvarande granskningar har gjorts med jämförelseåldern 40 år (trianglar) och 70 år (bollar).

Om man ställer upp ytterligare premisser angående influensaprevalensen och dödligheten, kan man uppskatta antalet levnadsår som räddas genom riktade vaccinationer. Bifogade tabell presenterar en beräkning av antalet influensafall (insjuknade) och dödsfall som orsakas av pandemin i en situation där befolkningen inte alls vaccineras samt

en uppskattning av antalet levnadsår per vaccinerad som räddas genom vaccinationer. Befolkningen är indelad i tre åldersklasser (0–19-åringar, 20–64-åringar, >64-åringar). Dessutom indelas varje åldersklass i fråga om influensadödligheten i dem som löper grundrisk och förhöjd risk (de som omfattas av influensavaccinationsrekommendationen, på grundval av antalet som får specialersättning från FPA utgör de senare uppskattningsvis 3,3 %, 8,4 %, 48,0 % i dessa åldersklasser). Andra premisser som påverkar resultaten ges i tabellen. De premisser i fråga om prevalens och dödlighet som används i tabellen placerar sig mellan de två lindrigare pandemierna på 1900-talet och pandemin 1918–19.

Tabell 7. Antalet insjuknade och döda i pandemiinfluensa utan vaccinationer samt antalet räddade förväntade levnadsår per vaccinerad med vaccinationer. Siffrorna baserar sig på följande premisser: sjukdomsfall 25 % av befolkningen, andelen sjuka i vardera av de tre åldersklasserna 42/21/16 %, dödligheten i de tre åldersklasserna 0,5/0,75/1,5 % (de som löper grundrisk) och 1,0/1,5/2,0 % (de som löper förhöjd risk), vaccinetts effekt är 70 %, den förväntade livslängden i de tre åldersklasserna är 72, 48 och 15 år. (Hänvisning för prevalensens och dödlighetens del: Doyle et al., tills vidare opublicerade uppgifter.)

	0–19 år grundrisk	0–19 år förhöjd risk	20–64 år grundrisk	20–64 år förhöjd risk	>64 år grundrisk	>64 år förhöjd risk	Totalt
Löper risk*	1 207	41	2 920	268	423	391	5 250
Antalet insjuknade, om ingen vaccination*	508	17	601	55	68	63	1 312
Antalet döda, om ingen vaccination*	2.54	0.17	4.51	0.83	1.02	1.26	10.33
Räddade levnadsår / 1 000 vaccinerade	110	210	50	110	30	20	

* Siffrorna avser tusen personer, t.ex. 5250 = 5 250 000 personer

I en plan enligt tabellen skulle vaccinationerna riktas till befolkningen enligt ålder så att man börjar med barnen. Inom respektive åldersklass skulle den största hälsonytta nås om man i första hand vaccinerar dem som löper förhöjd risk. Andra slags premisser i fråga om prevalensen och/eller dödligheten kan leda till ett annat resultat. Man bör emellertid lägga märke till att prioriteringsordningen för olika åldersklasser beror väsentligt endast av åldersgruppernas (relativa) influensadödlighet (jfr. föregående figur). I praktiken preciseras dödlighetssiffrorna först när pandemin börjat. Troligt är att information finns tillgänglig redan innan pandemin drabbar befolkningen i Finland i någon större utsträckning.

Olika vaccinationsordning vid olika pandemier – två exempel

Måttlig pandemi (liknande den 1957–58 eller 1968–69)

Vid en måttlig pandemi förskjuts dödligheten i någon mån till de yngre åldersklasserna, men risken för dödsfall hos dem som fyllt 65 år (och eventuellt också hos dem som hör till kliniska riskgrupper) är ändå 10–20 gånger högre än hos yngre. Under en dylik pandemi kan man sannolikt använda vaccinationsrekommendationen för vanlig säsonginfluensa efter att den personal som sköter infektionsspatienter har vaccinerats. Vaccinationsordningen skulle då vara följande:

- 1) Den personal som sköter infektionspatienter (50 000–150 000 personer)
- 2) De som fyllt 65 år och de som på grund av någon underliggande sjukdom hör till riskgrupperna för säsonginfluensa (2005 ca 1,1 miljoner personer)
- 3) Personer i åldern 0,5¹⁴–64 år som inte hör till riskgrupperna (ca 4,1 miljoner personer). Eventuella prioriteringar inom denna grupp görs i ett tidigt skede av pandemin eller på grundval av de uppgifter om dödlighet som insamlats under larmfasen just före pandemin. Då är det emellertid i vart fall skäl att allvarligt överväga att starta vaccinationerna i de yngre åldersklasserna, eftersom de löper störst risk att insjukna och är således också de som sprider sjukdomen mest. De nyaste forskningsrönen tyder på att genom att vaccinera skolelever mot influensa kan man indirekt minska influensaprevalensen avsevärt även i andra befolkningsgrupper.

Sannolikt skulle en ändring av vaccinationsrekommendationen för säsonginfluensa också avspegla sig på motsvarande sätt i denna vaccinationsordning.

Våldsam pandemi (liknande den 1918–19)

Om pandemin är våldsam och orsakar stor dödlighet även bland unga, är den allmänna inställningen till vaccinationer säkert en annan än om pandemin blir måttlig. I en sådan situation blir hälso- och sjukvården extremt belastad. Då måste vaccinationsplanen vara enkel, så att det inte går åt resurser till att utreda om någon person är berättigad till vaccination eller inte. Under en våldsam pandemi är det sannolikt nästan omöjligt att urskilja de grupper som löper särskild risk inom åldersgrupperna och därför rekommenderas att åldern utgör uteslutande vaccinationsgrund. Vid en våldsam pandemi vore vaccinationsordningen följande:

- 1) Den personal som sköter infektionspatienter (50 000–150 000 personer)
- 2) Resten från sex månaders ålder, från den yngsta till den äldsta.

10.6.2 Anvisningar om vaccineringspraxis

Efter att det deklarerats att en pandemi brutit ut måste vaccinationerna med modellvaccin inledas så snabbt och så heltäckande som möjligt, om det finns lämpligt modellvaccin i lager när pandemin börjar. I Finland fattas beslutet om ibruktagande av modellvaccin, den tillämpliga vaccinationsrekommendationen och vaccinationsordningen av social- och hälsovårdsministeriet på framställning av Folkhälsoinstitutet.

Vaccinerna måste snabbt fås ut för användning i hela Finland. Kommunerna måste noggrant planera de praktiska vaccinationsarrangemangen och informationen om dem, så att hela befolkningen kan vaccineras inom några veckor.

I kommunerna kan vaccinationer ske t.ex. på hälsostationer, sjukhus, rådgivningar med befolkningsansvar, ålderdomshem, servicehus och inom hemsjukvården samt eventuellt också i skolor. Alla lokaler som man planerar att använda för vaccinationer skall inspekteras noggrant på förhand och för varje vaccinationsställe skall det utarbetas en detaljerad anvisning för verksamheten. Det måste reserveras tillräckligt med rum för dem som väntar på att bli vaccinerade, för själva vaccinationshändelsen och för övervakning av de vaccinerade. I varje kommun behövs det flera vaccinationsställen så det är viktigt att kommuninvånarna får exakta anvisningar om till vilket vaccinationsställe de skall vända sig vid vilken tidpunkt.

Folkhälsoinstitutet sköter anskaffningen och distributionen av vacciner via partiaf-färer till sjukhusapotek och läkemedelscentraler. Dessa delar ut vaccinerna till kommunerna. Vaccinerna levereras i så stora partier som möjligt, så mottagarna måste reser-

¹⁴ Enligt undersökningar kan skyddande antikropps-nivå uppnås med influensavaccin först vid 6 månaders ålder.

vera tillräckligt med kylutrymmen (+ 4-8°C) under vaccinationskampanjen. Det är speciellt viktigt att arbetsfördelningen mellan aktörerna i kommunen planeras omsorgsfullt på förhand och att ansvarsförhållandena klarläggs i god tid innan vaccinationerna påbörjas. Mängden vaccin per kommun bedöms utgående från befolkningsuppgifterna för respektive kommun och man kommer på förhand överens om leveransadresser för vaccinerna med Folkhälsoinstitutet.

För att kunna genomföra massvaccinationer måste kommunerna förbereda sig på att rekrytera och utbilda extra personal.

Man måste se till att det finns tillgång till tillräckligt med vaccinationsutrustning och säkerhetsupplagringen av den måste planeras i samarbete med sjukvårdsdistriktet.

Vaccinet är sannolikt förpackat i 50 dosers flaskor. En dos vaccin dras upp i en engångsspruta och injiceras med torr nål i armmuskeln eller yttre lårmuskeln. Innan vaccinationskampanjen inleds meddelar Folkhälsoinstitutet närmare uppgifter om doseringen av vacciner, vaccinationssätt, val av injektionsställe, vaccinationsutrustning och injektionsteknik.

Vid vaccinationen beaktas de vanliga antikropparna. Folkhälsoinstitutet meddelar eventuella särskilda antikroppar innan vaccinationskampanjen inleds.

Den vaccinerades allmäntillstånd bör följas 15–30 minuter efter vaccinationer. Man bör förbereda sig på behandling av anafylax liksom alltid efter en vaccination.

I Vaccinatörens handbok (www.ktl.fi>publikationer>vaccinatörens handbok) uppräknas de biverkningar som åtminstone skall anmälas till Folkhälsoinstitutet.

Antecknande av vaccinationer

Alla som har blivit vaccinerade får med sig ett dokument där det framgår vilken dag och var han eller hon har fått modell- eller specifikt vaccin. Vid massvaccinationer under en pandemi lyckas det nödvändigtvis inte alltid att anteckna vaccinationerna i enlighet med social- och hälsovårdsministeriets förordning 421/2004 antingen på uppföljningsblanketten för vaccinationer eller på motsvarande ställe i hälsocentralens elektroniska datasystem. Antalet utförda vaccinationer skall dock bokföras (t.ex. genom att dra ett streck för varje). Folkhälsoinstitutet kan meddela mera detaljerade anvisningar innan vaccinationerna inleds. När vaccinationskampanjen slutförts samlar Folkhälsoinstitutet in uppgifter om antalet vaccinationer av kommunerna.

10.7 Grunderna för användningen av antivirala läkemedel samt prioritering av användningen

10.7.1 Under pandemilarm

Under de av WHO definierade pandemilarmfaserna 3–5 används antivirala läkemedel (1) för vården av patienter för att lindra sjukdomen samt (2) för kortvarig postpositionsprofylax. Det finns bevis på att de läkemedel som hör till neuraminidashämmarna (oseltamivir, zanamivir) har effekt vid bägge ovan nämnda indikationer. De läkemedel som hör till adamantangruppen (amantadin, rimantadin) har effekt när de används i förebyggande syfte, om viruset är känsligt för dem. Under den A/H5N1-fågelinfluensaepidemi som började i Asien 2003 och som har orsakat pandemilarmet har virusstammarna till största delen varit resistenta mot adamantangruppens antivirala läkemedel, men åtminstone inom ett område har det också förekommit A/H5N1-virusstammar som varit känsliga för adamantan.

Behandlingen av patienter med antivirala läkemedel sker på det sätt som anges i kapitlet 4.4 och 10.3.2. Valet av antiviral påverkas av virusets känslighet för olika läkemedel samt av nya kunskaper om läkemedelsbehandlings effekt som fås genom analyser

av behandlingen av patienter i olika faser av den hotande situationen. När man tolkar resultaten måste man beakta att neuraminidashämmarna inte förväntas påverka slutresultatet av behandlingen, om behandlingen inleds senare än 48 timmar efter symtomdebuten.

Exponering som grund för användningen av korttidsprofylax i pandemilarmfaserna 3–5 definieras i kapitel 10.2. Man bör lägga märke till att korttidsprofylax inte helt hindrar viruset från att föröka sig och uppträda i luftvägssekret, något som måste beaktas när andra försiktighetsåtgärder bestäms.

Det är sannolikt att händelser som hänför sig till WHO pandemilarmfaserna 3–5 inträffar i länder utanför Finland. I samband med ett enskilt importerat fall kan antalet exponerade stiga till tiotals, t.o.m. hundratals personer. Läkemedelsmängderna enligt det normala läkemedelsdistributionssystemets obligatoriska upplagring och säkerhetsupplagring (kapitel 11.2 *”Upphandling, säkerhetsupplagring och logistik”*) räcker sannolikt till för ovan nämnda ändamål ända till larmfas 5. För att säkerställa att de antivirala läkemedlen räcker till måste man ändå noga övervaka ordinationen och utlämnandet av läkemedel, eftersom det sannolikt räcker länge att skaffa mera när pandemihotet ökar.

Om händelser som hänför sig till pandemilarmfaserna 4–5 inträffar i Finland, överväger man beroende på situationen att övergå till de tillvägagångssätt som anges för den egentliga pandemifasen (fas 6) också när det gäller användningen av antivirala läkemedel.

10.7.2 Under pandemin

När den egentliga pandemin bryter ut förändras grunderna för användningen av antivirala läkemedel. Målet är att undvika komplikationer hos influensapatienter och minska antalet dödsfall genom att behandla en så stor del av patienterna som möjligt med antivirala läkemedel inom 48 timmar efter symtomdebuten. I detta skede lönar det sig inte längre att spåra exponerade, eftersom antalet smittade redan är mycket stort.

De åtgärder som syftar till en effektiv vård av patienterna beskrivs i kapitel 10.3. På grund av att vi nu är i pandemilarmfas 3 har Finland 2005 skaffat en sådan mängd av läkemedlet oseltamivir att man kan behandla samtliga fall om en fjärdedel av befolkningen insjuknar.

Först i pandemilarmfaserna 4–5 börjar det samlas information om i vilka ålders- eller andra befolkningsgrupper det influensavirus som orsakat pandemilarmet medför omfattande insjuknande som kräver sjukhusvård eller leder till dödsfall. Dessa uppgifter har en avgörande inverkan på de detaljerade målen för den antivirala läkemedelsbehandlingen under pandemin och de slutliga rekommendationerna. Om den samlade informationen starkt tyder på en utveckling liknande asiaten (1957) eller Hongkonginfluensan (1968), där sjukdomsbilden hos barn och personer i arbetsför ålder inte avvek väsentligt från en vanlig säsonginfluensa, finns det inget behov av att genom undantagsarrangemang nå alla i befolkningen som är sjuka i influensasymtom för att ge dem medicin. Arrangemangen för läkemedelsbehandlingen riktas då till grupper som löper hög risk på grund av ålder eller underliggande sjukdom. Om den information som samlas under pandemilarmet tyder på ett stort antal allvarliga sjukdomsfall i alla åldersgrupper, måste man sätta som mål att behandla alla i befolkningen som är sjuka i influensa. Det är också möjlighet att eventuella skillnader i prevalens mellan olika befolkningsgrupper förändras under pandemin, och sålunda fås den slutliga kunskapen först i sista stund.

Ett speciellt problem uppstår om händelser som hänför sig till pandemilarmfaserna 4–5 inträffar i Finland och de kräver en stor mängd säkerhetsupplagrade läkemedel redan före den egentliga pandemin. Under själva pandemin kan prevalensen vara större än den fjärdedel av befolkningen som legat till grund för anskaffningarna till säker-

hetsupplagen. Eftersom man under pandemin använder en enkel influensadiagnos som grundar sig på symtomen kommer en del av de säkerhetsupplagrade läkemedlen oundvikligen att användas för behandlingen av andra infektioner än influensa. Ifall pandemin på samma sätt som vissa tidigare pandemier uppträder i form av flera vågor än en med korta intervaller, är det sannolikt att de antivirala läkemedlen inte räcker till för att behandla alla sjuka efter den första vågen. Om det influensavirus som orsakat pandemin delvis är resistent mot antivirala läkemedel kan det förutsätta större behandlingsdos än förutsett och längre behandling, vilket ökar läkemedelsförbrukningen och leder till att läkemedelslagren tar slut i förtid.

Av ovan nämnda orsaker kan man bli tvungen att prioritera vissa målgrupper för den antivirala läkemedelsbehandlingen bland de sjuka. Rätt prioritering av målgrupperna för läkemedelsbehandlingen ur individens och samhällets synvinkel sker enligt de principer samt den beslutskedja som beskrivs i kapitel 9 *"Etiska principer för användningen av begränsade resurser"*. Läkemedelslagren används reglerat i enlighet med särskilda anvisningar.

10.7.3 Synpunkter på användningen av antivirala läkemedel för långtidsprofylax

Under en pandemi smittas befolkningen i bl.a. hem, förskolor, skolor, på arbetsplatser och vid tillfällig närexponering i offentliga lokaler och kommunikationsmedel. En del av den exponering som leder till smitta sker för infekterade som uppvisar lindriga symptom eller är symptomfria men som har virus i sitt luftvägssekret.

Under en pandemi exponeras yrkesgrupper som arbetar med kundservice oftare än den övriga befolkningen i arbetet för personer med eller utan symptom som har influensa i ett smittsamt skede. Smittrisen kan minskas med de metoder som beskrivs i kapitel 7.1 *"Fördröjd smittspridning"*. Med hjälp av effektiviserad hygien samt konstruktiva metoder som minskar dropp- eller kontaktsmittan kan man minska risken för smitta i kundservice, även om risken för smitta inte kan stoppas helt.

Den hälso- och sjukvårdspersonal som sköter infektionspatienter exponeras speciellt ofta för influensasmitta i sitt arbete. För deras del grundar sig smittbekämpningen under en pandemi på smittskydd samt på användningen av ett eventuellt vaccin. Smittskydd beskrivs i kapitel 10.4 och användningen av vacciner i kapitel 10.6.1. Förutom skydd och användning av vacciner är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen med hjälp av aktiv uppföljning av de egna symtomen identifierar influensaliknande symptom genast när de uppträder, varvid antiviral läkemedelsbehandling kan sättas in tidigt för att lindra symtomen.

Långtidsprofylax med antivirala läkemedel är sannolikt inte möjlig i en pandemi-situation, eftersom tillgången på dem är begränsad. Exempelvis förebyggande oseltamivir-läkemedelsbehandling för 100 000 personer under de 10 veckor som pandemivågen uppskattas pågå skulle förbruka ungefär 700 000 behandlingskurer, dvs. över hälften av de säkerhetsupplagrade läkemedlen. Pandemi-vågen uppträder sannolikt med minst några veckors tidsskillnad i landets olika delar. Den inexacta begynnelse- och sluttidpunkten för eventuell långtidsprofylax i anslutning här till skulle förlänga den preventiva användningen och öka den totala förbrukningen av läkemedel.

Profylax hindrar inte att det immunförsvar som uppkommit vid en vanlig säsong-influensa kommer igång. Samma sak kan eventuellt påvisas i begynnelsen av ett pandemilarm eller en pandemi. Om så är fallet kunde man eventuellt ge profylax till dem som löper den största smittrisen inom hälso- och sjukvården under en begränsad tid och sålunda undvika upprepad kortvarig postexpositionsprofylax (fas 4-5) eller onödig långtidsprofylax (fas 6). En förutsättning för detta är emellertid att immuniteten kan säkerställas med laboratorieprov, vilket sannolikt är svårt.

På grundval av modellstudier har det förts fram att så länge som viruset fortfarande smittar dåligt mellan människor i pandemifaserna 4–5 kunde små lokala smittanhopningar och smittkedjor brytas genom att i förebyggande syfte ge antivirala läkemedel åt alla som är verksamma i närheten av influensafall som iakttagits inom ett snävt, geografiskt definierat område. Metoden kunde vara nyttig i synnerhet när befolkningen har ett partiellt skydd på grund av tidigare vaccination, och målgruppen för preventionen kan definieras klart, t.ex. i landsbygdsförhållanden. Det finns ännu inte några klara internationella rekommendationer för detta.

I samband med den ökade beredskapen för en influensapandemi har rätt litet intresse riktats mot de antivirala läkemedel som hör till adamantangruppen (amantadin, rimantadin) på grund av deras begränsade användning. Om det virus som orsakar pandemi-larmet är känsligt för adamantangruppens läkemedel, kan långtidsprofylax med dem komma i fråga för särskilda specialgrupper. Till dem kan höras bl.a. sådana patientgrupper som på grund av långvarig och djup immunbrist inte får skydd genom vaccinationer, och som löper avsevärd risk att få komplikationer efter en influensa. Det är skäl att ytterligare utreda de synpunkter som hänför sig till användningen av adamantaner i det skede då pandemiplanen verkställs.

11.1 Vacciner

11.1.1 Upphandling

Riksdagen har beviljat ett anslag för anskaffning av modellvaccin i tilläggsbudgeten för 2005. I mars 2006 ingick ett upphandlingsavtal med en holländsk vaccintillverkare. Vaccinet produceras under 2006, men den slutliga sammansättningen klarnar först efter kliniska undersökningar. Målet är att 2008 kunna ta in 5,2 miljoner doser modellvaccin till Finland för upplagring här.

Folkhälsoinstitutet har också ingått ett femårigt förhandsreservationsavtal om specifikt vaccin med en holländsk influensavaccintillverkare. Enligt avtalet förbinder sig tillverkaren att leverera 5,5 miljoner doser vaccin till Finland. Det specifika vaccinet anländer till Finland från den holländske vaccintillverkaren i form av en eller flera leveranser ungefär sex månader efter att det deklarerats att en pandemi brutit ut. Vaccinet kan börja framställas först när WHO deklarerar att pandemin brutit ut. De nordiska länderna har fört förhandlingar om en samnordisk vaccinfabrik.

Pandemi- och modellvaccinets framställningsprinciper beskrivs i kapitlet 7.2.1.

11.1.2 Lagring och logistik

En snabb distribution till vaccinationsställena av modell- och specifika vacciner som skaffas till Finland innebär i en pandemisituation en stor utmaning för Folkhälsoinstitutet och alla som deltar i distributionen, t.ex. partiaffärer, läkemedelscentraler och sjukhusapotek. Över fem miljoner doser modellvaccin måste levereras till vaccinationsställena på så kort tid som möjligt efter pandemideklarationen. Om det konstateras att pandemin orsakas av en variant av det nuvarande fågelinfluensaviruset (A/H5N1-subtyp), genomförs en vaccinationskampanj som omfattar hela befolkningen med A/H5N1-modellvaccinet så snabbt som möjligt. De modellvacciner som vaccintillverkaren levererar till Finland lagras bl.a. i partiaffärerna och andra kylutrymmen med en temperatur på $+2 - +8$ °C som är lämpliga för läkemedel. Läkemedelspartiaffärerna ansvarar för att vacciner lagras på rätt sätt och levereras till kommunerna i enlighet med Folkhälsoinstitutets anvisningar. Kommunerna ansvarar för lagringen och användningen av de vacciner som levereras till dem. Vaccinerna är förpackade i 30-50 dosers injektionsflaskor. Detaljerade anvisningar måste utarbetas för förpackningen, avsändningen och transporten av vaccinförsändelserna till vaccinationsställena och man måste därvid komma överens med alla som deltar i verksamheten. I punkt 10.6.2. finns också information om transporten av vacciner.

Det slutliga beslutet om framställning, distribution och ibruktagande av ett specifikt vaccin kan dock fattas först när pandemivirusstammen är identifierad. De specifika vacciner kräver inte långvarig lagring, utan de distribueras nästan genast när de kommit till landet till vaccinationsställena varvid man använder samma logistikkedja som vid modellvaccindistributionen.

11.2 Läkemedel

11.2.1 Säkerhetsupplagring och obligatorisk upplagring

Säkerhetsupplagring

Med statens säkerhetsupplag som upprätthålls av Försörjningsberedskapscentralen avses läkemedel, läkemedelssubstanser och råvaror som ägs av staten och som skaffats för att trygga försörjningsberedskapen och med vilka man försöker trygga tillgången på s.k. krisspecifika läkemedel vid en långvarig kris i första hand enligt principen om ersättande produktion. Upplaget grundar sig på lagen om tryggnad av försörjningsberedskapen (1390/1992).

Statsrådet beslutar allmänt om användningen av säkerhetsupplagen. Genom statsrådets förordning nr 279, 20.4.2006 kan dock läkemedel, sjukvårdsmaterial och skyddsutrustning tas i bruk efter att social- och hälsoministeriet ensamt har konstaterat att det är nödvändigt. Detta gör det möjligt att inleda medicinering inom 48 timmar i en influensapandemisituation.

Obligatorisk upplagring

Med obligatorisk upplagring av läkemedel avses de läkemedel som ägs och lagras av läkemedelsimportörerna och tillverkarna samt sjukvårdsinrättningarna och hälsocentralerna och vilkas mängd baserar sig på lagstiftningen om obligatorisk upplagring av läkemedel. Lagen om obligatorisk upplagring av läkemedel (402/1984) anger vilka läkemedelsgrupper som omfattas av den obligatoriska upplagringen samt vilka sådana hjälpsubstanser som används vid framställningen av läkemedel och vilka förpackningsmaterial som omfattas av upplagringsskyldigheten. Förordningen om obligatorisk upplagring av läkemedel (608/1984) anger vilka läkemedels- och hjälpsubstanser i dessa grupper som omfattas av upplagringsskyldigheten. Läkemedelsverket fastställer årligen genom sitt beslut (det senaste 28.10.2005 LL Dnr 1685/34/2005) enligt handelsnamn vilka läkemedelspreparat som innehåller de läkemedelssubstanser som fastställts genom förordningen och där dessa läkemedelssubstanser är av central medicinsk betydelse och vid vilkas framställning det används hjälpsubstanser samt förpackningsmaterial som omfattas av upplagringsskyldigheten. Beslutet har publicerats på Läkemedelsverkets webbplats (www.nam.fi).

Läkemedelstillverkarnas och -importörernas obligatoriska upplag

Läkemedelstillverkarnas och -importörernas upplagringsskyldighet gäller läkemedelspreparat med försäljningstillstånd som importerats för att saluföras i Finland. Upplagringsskyldigheten omfattar beroende på läkemedelsgrupp en mängd läkemedel som motsvarar fem eller tio månaders förbrukning/försäljning.

Importerade läkemedelspreparat lagras i slutproduktförpackningarna. Inhemska läkemedelstillverkare har rätt att lagra en mängd läkemedel som motsvarar skyldigheten som halvfabrikat eller läkemedelssubstanser, råvaror och förpackningsmaterial. En del av de inhemska läkemedelsfabrikerna lagrar trots detta en del i färdiga läkemedelsförpackningar.

Läkemedelsföretagen bör i slutet av året meddela Läkemedelsverket omfattningen av följande års obligatoriska upplag. Företagen får inte underskrida sina skyldigheter utan tillstånd av Läkemedelsverket. Tillstånd att underskrida kravet kan med stöd av lagen om obligatorisk upplagring beviljas på grund av störningar till tillgången på ett preparat eller om ett läkemedelspreparat som finns i lagret håller att bli för gammalt. Om ett preparats försäljningstillstånd indras, kan det obligatoriska upplaget börja upplösas 10 månader innan försäljningstillståndet upphör att gälla.

Sjukvårdsinrättningarnas obligatoriska upplag

Upplagringsskyldigheten för sjukvårdsinrättningar gäller endast kommunala sjukhus och hälsocentraler. Privata sjukhus har ingen dylik skyldighet. Sjukhusens och hälsocentralernas upplagringsskyldighet är bunden till respektive enhets urval av basläkemedel. Det finns inga fastställda grunder för valet av basläkemedel, utan urvalet av basläkemedel grundar sig på respektive inrättnings eget behov och läkemedelsförbrukning. Sjukhusen skall lagra en mängd som motsvarar sex månaders förbrukning av de läkemedelspreparat som hör till dess urval av basläkemedel. Sjukhusen lagrar en mängd grundlösningar och näringslösningar som motsvarar två veckors förbrukning. Sjukhusen kan underskrida sin upplagringsskyldighet utan tillståndsförfarande, om det t.ex. på grund av störningar i tillgången på läkemedel är nödvändigt för inrättningens verksamhet att lagret tas i bruk, men de måste omedelbart fylla på sina lager så att de motsvarar skyldigheten.

11.2.2 Nuläget i fråga om obligatoriska upplag och ändringsbehov

Det totala värdet av de obligatoriska upplagen är över 100 miljoner euro, varav värdet av de kommunala sjukvårdsinrättningarnas upplagringsskyldighet är ungefär 20 miljoner euro. Eftersom upplagringsskyldigheten grundar sig på förbrukningen av läkemedel under normala förhållanden, tryggar inte den obligatoriska upplagringen på lång sikt försörjningsberedskapen i fråga om de läkemedel som i normala situationer används litet eller inte alls, men vilkas användning ökar betydligt i undantags-situationer.

Lagstiftningen om obligatorisk upplagring är från 1984, lagen har senast reviderats 1997 i fråga om de läkemedelsgrupper som omfattas av den obligatoriska upplagringen. En revidering av lagstiftningen pågår som bäst, bl.a. därför att de läkemedelspreparat som omfattar av upplagringsskyldigheten och mängderna av dem inte längre till alla delar motsvarar nuvarande läkemedelsbehandlingspraxis. Bland de antimikrobiska läkemedlen omfattar upplagringsskyldigheten med stöd av den gällande lagstiftningen de läkemedelspreparat som saluförs i vårt land och som innehåller amoxicillin, bensynpenicillin, doxycyklin, erytromycin, fenoxymetylpenicillin, isoniazid, kloramfenikol, metronidazol, mikonazol, rifampicin, ciprofloxacin, tobramycin och trimetoprim. Bland de läkemedelspreparat som för närvarande används för behandlingen av bakterieinfektioner saknas i importörernas och läkemedelstillverkarnas obligatoriska upplag bl.a. första generationens kefalosporiner, stafylokockpenicilliner, nya makrolider, nya fluorokinoliner och breda spektriga betalaktamantibiotika.

11.2.3 Anskaffningar till säkerhetsupplaget

Finska staten har förberett sig på en influensapandemi genom att komplettera säkerhetsupplaget för läkemedel med antivirala läkemedel som hör till neuraminidashämmarna, Tamiflu (oseltamivir) och Relenza (zanamivir). Av det förstnämnda har det beställts 1,3 miljoner behandlingsskurer och av det sistnämnda 100 000 behandlingsskurer. Dessutom har det beställts en miljon tabletter av läkemedlet Atarin (amantadin).

11.2.4 Logistiken i fråga om antivirala läkemedel i en pandemisituation

Eftersom förutsättningen för att de antivirala läkemedel som skaffats till säkerhetsupplaget skall ha någon effekt är att medicinen ges inom 48 timmar efter symtomdebuten, kommer tillgången till och en smidig distribution av de antivirala läkemedlen att vara kritisk för att läkemedelsbehandlingen skall lyckas. I bilaga 9 behandlas logistiken i fråga om antivirala läkemedel i en pandemisituation samt åtgärder i anslutning därtill.

11.2.5 Antibiotika som används för behandlingen av komplikationer

Varje sjukhus och hälsocentral skall uppskatta hur stort antal patienter man sannolikt måste sköta om under en influensapandemi. Kalkylen bygger på befolkningsunderlaget, de scenarier som presenteras i kapitel 6.1 *"Effekter på hälsan och hälso- och sjukvårdssystemet"* samt regionala och lokala beredskapsplaner. Sjukhusen och hälsocentralerna bör räkna över sina befintliga obligatoriska upplag. Dessutom bör man uppskatta hur stor del av de patienter som vårdas på sjukhus som behöver läkemedelsbehandling som oral suspension (ungefär 16 % av dem som är under 16 år och en del av åldringarna) och uppskatta om lagren räcker till även i detta avseende. Antibiotika som används för behandlingen av influensakomplicationer behandlas i avsnitt 10.3.3.

Om man antar att alla patienter som tas in på sjukhus misstänks ha lunginflammation och ges antibiotikabehandling, behöver de flesta av hälso- och sjukvårdens verksamhetsställen sannolikt mera cefuroxim och eventuellt också antibiotika som doseras oralt i sina lager. Man bör också lägga märke till att fastän antibiotika skulle räcka till under pandemin, kan det räcka längre än vanligt att fylla på lagren efter pandemin. I de regionala planerna bör man komma överens om tilläggsanskaffningar. Samarbete med andra sjukhus och hälsocentraler i området vore också till fördel för att förhindra att läkemedel blir för gamla i lagret.

Med stöd av lagstiftningen om obligatorisk upplagring har företag, sjukhus eller hälsocentraler ingen skyldighet att lagra doseringsutrustning som behövs för intravenös läkemedelsbehandling. Det är alltså möjligt att doseringsutrustningen tar slut under en pandemi.

Eftersom omfattningen av läkemedelstillverkarnas och läkemedelsimportörernas upplagringsskyldighet beroende på läkemedelsgrupp motsvarar endast fem eller tio månaders förbrukning/försäljning och de läkemedelspreparat som enligt den nuvarande lagen om obligatorisk upplagring omfattas av upplagringsskyldigheten inte längre till alla delar motsvarar nuvarande läkemedelsbehandlingspraxis, är i praktiken de enda antibiotika som i en pandemisituation kan utnyttjas för behandling av lunginflammation och andra luftvägsinfektioner (se avsnitt 10.3.3) inom öppenvården amoxicillin (pulver för oral suspension och tabletter), amoxicillinklavulansyra (pulver för oral suspension och tabletter) och doxycyklin (tabletter). Den mängd som finns i obligatoriska upplag av dessa läkemedel är inte tillräcklig för att vårda alla de patienter hos vilka som influensakomplication konstateras en sjukdom som kräver antibiotikabehandling.

När lagstiftningen om obligatorisk upplagring revideras borde man se till att upplagringsskyldigheten börjar omfatta läkemedel som behövs för att behandla komplikationer som förorsakas av influensabakterier, t.ex. kefalosporiner, stafylokockpenicilliner, nya makrolider, nya fluorokinoloner och bredspektriga betalaktamiantibiotika. För den obligatoriska upplagringens del bör det skapas tillvägagångssätt för att trygga säkerhetsupplagen och ett kontrollerat ibruktagande av dem i en pandemisituation. Dessutom bör man överväga upplagring av antibiotika i statens säkerhetsupplag för behandlingen av de vanligaste influensakomplicationerna när det gäller både patienter som vårdas på sjukhus och patienter inom öppenvården (bl.a. cefuroxim, första generationens cefalosporin och amoxicillinklavulansyra) och överväga upplagring av doseringsutrustning i statens upplag eller lokalt för dosering av antibiotika för patienter som sköts lokalt på sjukhus. Det bör bedömas om infusionsvätskorna räcker till och åtgärder övervägas i det avseendet i samband med den obligatoriska upplagringen.

I fråga om antibiotika iakttas normal logistikpraxis.

11.2.6 Övervakning av biverkningar

Läkemedelsverket ansvarar för övervakningen av läkemedels biverkningar. De förfaranden för övervakning av biverkningar och det register över biverkningar som nu används lämpar sig även för insamling av uppgifter om biverkningar under en pandemi.

11.3 Utrustning och förnödenheter

Varje hälso- och sjukvårdsenhet bör utgående från ovan nämnda kalkyler bedöma hur stort antal patienter i behov av sjukhusvård, intensivvård och respiratorvård som den sannolikt blir tvungen att sköta under en influensapandemi. Dessa siffror bör jämföras med de tillgängliga resurserna, t.ex. antalet respiratorer och andra anordningar som stödjer andningen samt syrelager. I de lokala beredskapsplanerna bör det göras en bedömning av deras optimala användning och av eventuella nödvändiga tilläggsanskaffningar. Användningen av pulsoximeter rekommenderas för sällning av de patienter som sannolikt behöver intensifierad övervakning eller vård.

Förutom de förnödenheter som behövs i patientvården bör man uppskatta den till buds stående utrustning som behövs för att skydda vårdpersonalen, t.ex. skyddsdräkter, skyddshandskar, andningsskydd, mun-, näs- och ögonskydd samt desinfektionsmedel och säkerhetsupplagen av dem. Förutom hälso- och sjukvårdens belastningsprognos bygger dessa beräkningar på de grundläggande riktlinjerna för skydd av personalen i samband med en pandemi (kapitel 10.4 *"Skydd mot smitta inom hälso- och sjukvården"*). Utgående från beräkningarna måste man bedöma om förnödenheterna räcker till i händelse av en pandemisituation och om säkerhetsupplagen kan utökas.

Förutom att bedöma förnödenheterna och anskaffningarna är det skäl att planera hur hälso- och sjukvårdsenheten lagrar förnödenheterna. När man planerar beredskapen är det också skäl att beakta om hälso- och sjukvårdsenheten har något säkerhetsupplag av egentliga arbetskläder samt om skyddskläder som tagits ur normalt bruk lagras i hälso- och sjukvårdsenheten.

Folkhälsoinstitutets sjukhusinfektionsprogram (SIRO) har på uppdrag av arbetsgruppen för nationell pandemiberedskap kartlagt de förnödenheter som använts för att skydda personalen på akutsjukhusen och de största hälsocentralerna i Finland och säkerhetsupplagen av dem genom en förfrågan som skickades till sjukvårdsdistrikten i slutet av 2005 och som gjordes i samarbete med Försörjningsberedskapscentralen. Utgående från resultaten av förfrågan kommer sjukvårdsdistrikten i det skede då pandemiplanen verkställs att instrueras i utarbetandet av sina egna pandemiplaner, och behovet av riksomfattande säkerhetsupplagring kommer att bedömas. Vid anskaffningen och upplagringen av förnödenheter måste man förbereda sig på att den regionala organisationen skall vaccinera hela befolkningen två gånger.

12.1 Hälso- och sjukvården

12.1.1 Offentlig hälso- och sjukvård

Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för hälso- och sjukvårdens beredskap för hotet om en influensapandemi. Ministeriet stöds av delegationen för smittsamma sjukdomar, som utnämnts av ministeriet. Folkhälsoinstitutet stödjer i egenskap av sakkunniginstitution arbetet inom SHM och arbetsgruppen för nationell pandemiberedskap. Ansvarsorganisationen för beredskapen behandlas mera detaljerat i kapitel 8 och i bilaga 5.

Länsstyrelsen övervakar att sjukvårdsdistrikten, hälsocentralerna och kommunerna inom dess område utarbetar en beredskapsplan för en influensapandemi samt koordinerar, övervakar och styr genomförandet av planerna varvid man som hjälp anlitar lokala och nationella experter med beaktande av de regionala särdragen. De uppgifter som hör till länsstyrelsens verksamhetsområde är viktiga för att hantera och klara av kriser. Viktigast för bekämpningen av en influensapandemi är de uppgifter som hänför sig till social- och hälsovårdsväsendet, djursjukdomsbekämpningen, räddningsväsendet, skolväsendet samt trafiken.

Sjukvårdsdistriktet utarbetar en beredskapsplan för en influensapandemi för den specialiserade sjukvården, styr och stödjer beredskapen för en influensapandemi vid hälsocentralerna samt den offentliga och privata sektorns företagshälsovård inom sitt område samt fungerar som regional sakkunnig på influensapandemiberedskap.

Hälsocentralen utarbetar en plan för en influensapandemi som omfattar vårdhänvisning, konstaterande och behandling av sjukdomen samt ordnandet av eventuella vaccinationer. Planen omfattar även företagshälsovård som ordnas av hälsocentralen. I planen bör man beakta de resurser inom den privata sektorn som står till buds och samarbete med den privata sektorns företagshälsovård. Den har samordnats med kommunens övriga förvaltningar.

På grund av att sjukvårdsdistrikten och de hälsocentraler som är belägna på deras områden är så olika stora, kan de regionala verksamhetsmodellerna avvika betydligt från varandra. Det är nödvändigt med ett nära, väl koordinerat samarbete mellan sjukvårdsdistriktet, länsstyrelsen och hälsocentralerna. Detta kan förutsätta att det tillsätts en regionala koordineringsgrupp för pandemiberedskap som träffas regelbundet.

I hälso- och sjukvårdens lokala beredskapsplaner måste man när man förbereder sig på en influensapandemi beakta både beredskap för ett mycket stort antal patienter och bekämpning av infektioner, vilket innebär särdrag jämfört med de befintliga beredskapsplanerna och innebär stora utmaningar för hälso- och sjukvårdssystemet när det gäller den praktiska verksamheten. De minneslistor för beredskapsplaneringen som presenteras i bilagorna 1 "Regionala och lokala beredskapsplaner för en influensapandemi – sjukhus" och 2 "Lokala beredskapsplaner för en influensapandemi – primärvården" är avsedda som hjälp när de lokala beredskapsplanerna utarbetas.

12.1.2 Företagshälsovård

Företagshälsovårdens servicesystem producerar tjänster för arbetsgivare som på egen bekostnad skall ordna företagshälsovård för sina arbetstagare. Företagshälsovården skall ordnas och genomföras i den omfattning som påkallas av arbetet, arbetsarrangemangen, personalen, förhållandena på arbetsplatsen och förändringar i dem. Den kan genomföras som antingen offentlig eller privat hälso- och sjukvård.

I 12 § i lagen om företagshälsovård definieras företagshälsovårdens innehåll. Till företagshälsovårdens uppgifter hör bl.a. arbetsplatsutredningar och hälsoundersökningar samt att ge information, råd och vägledning. När det gäller arbetsplatsutredningar är företagshälsovårdens roll i synnerhet att utvärdera betydelsen av risker och men för hälsan. Företagshälsovården stödjer smittbekämpningen, förebygger smitta och stödjer skyddandet och främjandet av arbetstagarnas säkerhet, hälsa och arbetsförmåga.

Företagshälsovården hjälper arbetstagarna och arbetsgivarna att tillägna sig kunskaper, färdigheter samt arbetssätt som är viktiga för förebyggandet och bekämpningen av smitta. Företagshälsovården ger information inte bara om förebyggande utan också om vård och vårdplatser.

I arbeten som på grund av exponering är förenade med särskild fara för ohälsa ordnas hälsoundersökningar med stöd av statsrådets förordning (1485/2001). Syftet med hälsoundersökningarna är att utreda hur faktorer i anslutning hälsan, säkerheten och arbetsförmågan påverkar arbetstagaren och vidta förebyggande och korrigerande åtgärder i ett så tidigt skede som möjligt. Vid hälsoundersökningen utreds arbetstagarens hälsotillstånd samt arbets- och funktionsförmåga.

Behovet av hälsoundersökningar och eventuella vaccinationer grundar sig på den riskbedömning av arbetsuppgifterna som gjorts på arbetsplatsen. I arbeten där exponeringsrisk har konstaterats skall första undersökningar och periodiska undersökningar göras. Vid hälsoundersökningarna skall man identifiera de arbetstagare som behöver särskilda skyddsåtgärder, bedöma vaccineringsbehovet, vaccinera arbetstagarna eller hänvisa dem till behörigt vaccineringsställe.

Inom den företagshälsovårdsorienterade sjukvården förenas medicinsk sakkunskap och sakkunskap om företagshälsovård. I samband med sjukvården, som det är frivilligt för arbetsgivaren att ordna, ges också information, råd och vägledning.

Social- och hälsovårdsministeriet, TEO och länsstyrelserna övervakar verksamheten samt det medicinska innehållet hos enheter samt yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som producerar företagshälsovårdstjänster.

Företagshälsovårdens andel av beredningsplaneringen och arbetsfördelningen bör överenskommas särskilt på varje ort.

12.1.3 Privat hälso- och sjukvård

Under de senaste åren har den privata hälso- och sjukvården börjat stå för en allt större del av hälso- och sjukvården i vårt land. Den privata hälso- och sjukvården har inte samma lagstadgade skyldighet att förbereda sig på undantagssituationer som den offentliga hälso- och sjukvården. Länsstyrelserna kan emellertid i tillståndsvillkoren förutsätta att en privat hälsovårdstjänstproducentens lokaler och utrustning samt personalens kunnande skall vara av hög klass och att han förmår förbereda sig på eventuella epidemier av smittsamma sjukdomar.

Antalet privatläkare i huvudsyssla är 1 600, vilket är 10 % av alla arbetande läkare. Av dem är 770 verksamma inom företagshälsovården. Antalet privatläkare i bisyssla är 4 331, vilket utgör 27 % av läkarna. I en pandemisituation förväntas läkarnas arbets-

börda öka i huvudtjänsten och möjligheten att ha privatmottagning minska, varvid arbetsmängden för privatläkarna i huvudsyssla eventuellt ökar. Inom den privata företagshälsovården uppgick antalet sjukbesök på läkarmottagningarna till ca 1,2 miljoner 2004. Befolkningen i arbetsför ålder är van att anlita företagshälsovårdens tjänster.

Strävan är att kunna ta i bruk registren över privata serviceprodukter och yrkesutöware inom hälso- och sjukvården under 2006. Registren finns vid länsstyrelserna och förbindelserna med den privata sektorn kommer att skötas via länsstyrelserna. Målet är att e-postnätverket skall fungera senast 2007 och då underlätta kontakten. För närvarande sker den via länsstyrelserna delvis per e-post och delvis per post. Information till den privata hälso- och sjukvården kan också distribueras via den nygrundade "Läkarföretagens Förening".

Social- och hälsovårdsministeriet har tillställt länsstyrelserna ett brev, där de uppmanas att ta med representanter för den privata sektorn i den regionala beredskapsplaneringen.

Även på kommunnivå och inom sjukvårdsdistrikten vore det bra att ta med lokala företrädare för den privata sektorn i planeringen och komma överens om arbetsfördelningen och eventuella nya köpta tjänster som den offentliga hälso- och sjukvården behöver i en pandemisituation. När kommunerna ingår avtal om att lägga ut nya tjänster bör de beakta att funktionssäkerhet garanteras även i en pandemisituation.

Finlands kommunförbund kan enligt egen prövning utarbeta en riksomfattande mall för anbudsbegäran och avtal.

Genom förhandsberedskap eftersträvar man att kunna fungera så bra som möjligt i en pandemisituation även om beredskapslagen inte skulle träda i kraft. När beredskapslagen är i kraft kan statsrådet för att trygga befolkningens hälsovård ålägga den som upprätthåller en sjukvårdsanstalt eller hälsocentral att utvidga eller lägga om inrättningens verksamhet, att helt eller delvis flytta verksamheten från verksamhetsdistriktet eller placeringsorten eller att ordna verksamhet också utanför sitt distrikt, att ta emot patienter oberoende av vad som har föreskrivits om saken eller att ställa sin inrättning eller en del av den till en statlig myndighets förfogande. Detsamma gäller i tillämpliga delar också läkemedelsfabriker och läkemedelspartiaffärer, innehavare av apoteksrättigheter samt sådana sammanslutningar och enskilda näringsidkare som levererar hälsovårdsförnödenheter eller tillhandahåller hälsovårdstjänster.

I förslaget till ny beredskapslag har en utbredd farlig smittsam sjukdom som kan jämföras med en synnerligen allvarlig storolycka definierats som ett undantagsförhållande.

12.1.4 Blodtjänst

Finlands Röda Kors blodtjänst ansvarar i Finland för blodgivning samt tillverkning och lagring av blodpreparat, dvs. för att det finns tillräckligt med blodpreparat för hälso- och sjukvården. Man bör lägga märke till att blod kan samlas in endast från friska personer. För att trygga blodtjänstens verksamhet i en pandemisituation måste den få aktuell information om epidemins gång, de exakta epidemiområdena och misstänkta fall. Strävan är att samla in blod från områden där eller i vilkas närhet det inte finns några sjukdomsfall eller misstankar om sjukdom. Härigenom kan det bli nödvändigt att bevilja blodtjänstens personal dispens, om rätten att röra sig inom landet annars är begränsad. Även i en undantagssituation måste blodtjänstens prover garanteras fri rörlighet inom landet eftersom blodtestningen är koncentrerad till blodtjänstcentralen i Helsingfors. Under en pandemi är det viktigt att få information om förändringar i sjukhusens blodbehov så att man inte samlar in mera blod än vad som behövs.

12.2 Socialvård

12.2.1 Socialväsendet

I en pandemisituation ställs nya förväntningar på socialväsendet och det krävs stora omorganiseringar och mycket arbete.

Personalbehovet ökar kraftigt, om inte verksamhetsmodellerna ändras. Man blir tvungen att fundera på prioriteringen av uppgifterna liksom sårbarheten hos decentraliserade tjänster, t.ex. hemvården.

Socialväsendets beredskapsplaner bör samordnas med den planering som gäller distriktets hälsovårdscentraler och sjukvårdsinrättningar, så att man bedöma hur man klarar av uppgiften genom samarbete. I de beredskapsanvisningar som utarbetats för socialväsendet nämns inte alls epidemier av smittsamma sjukdomar som en hotsituation, så beredskapen för dem måste planeras som en helt ny sak med tillämpning av de givna anvisningarna.

Socialväsendet måste göra upp planer för hur barndagvården, barnskyddet, hemservice och äldreomsorgen, handikappomsorgen, utkomstskyddsfrågor och övrigt allmänt socialt arbete skall skötas under undantagsförhållanden. Dessutom behövs socialtjänsterna för att ordna tillfällig inkvartering, beshisning, kläder och transporter för dem som av olika orsaker inte kan bo hemma under en pandemi eller som i pandemilarmfaserna 4 och 5 försätts i karantän. Det kan alltså hända att klientkretsen ökar betydligt jämfört med normala förhållanden. Dessutom kan det hända att en betydande del av socialarbetarna själva blir sjuka eller är tvungna att sköta t.ex. sina sjuka barn. Under en pandemisituation företräder ordnandet av psykosocialt skydd samt annan tillfällig omsorg nya kvalitetsmässiga utmaningar för det sociala arbetet.

Hemsjukvård, hemservice och stödboende

Hemsjukvårdens patienter är ofta också socialväsendets klienter. I de flesta kommunerna sköter socialväsendet hemservice klienter, men i vissa har hemsjukvården och hemvården (för äldre) slagits samman till hemservice. Arbetstagarna hjälper äldre, handikappade och sjuka med olika dagliga rutiner. Det kan hända att flera av socialväsendets arbetstagare besöker samma person. Om en influensapandemi bryter ut, finns det risk för att både hemservice klienter och hemservicepersonalen insjuknar. En pandemi skulle också hota hemservice klienternas anhöriga, av vilka en del ansvarar för den hjälp, vård och omsorg som ges hemservice klienterna. När de stödboende insjuknar kan de behöva mera hjälp än vanligt eller så klarar de sig inte längre hemma. Det är möjligt att det måste ordnas tillfällig massinkvartering på t.ex. hotell eller anstalt för en del av dem som blir utan tillräcklig hjälp i hemmet. Situationen måste då nog övervägas med avseende på smittrisen.

Socialvårdsanstalter

På socialvårdsanstalterna finns äldre och handikappade. I en epidemisituation måste man sannolikt flytta flera kroniker till dem, sådana som måste flyttas från sjukhus och hälsocentraler. Det uppstår också ett tryck från dem som insjuknar hemma. Om en epidemi sprider sig på ovan nämnda anstalter, blir vården av äldre, handikappade och demenshemmens boende mycket krävande. Man måste överväga hur deras sjukvård skall ordnas när platserna på hälsocentralerna och sjukhusen är fyllda av influensapatienter med sina komplikationer. Man måste komma ihåg att behovet av medicinsk vård måste bedömas individuellt även i undantagssituationer.

Köpta tjänster

Kommunerna kan i sina planer komma överens om att köpa tjänster från den privata sektorn, som bedriver allt mera omfattande verksamhet i Finland. Den privata socialvården har liksom inte heller hälso- och sjukvården någon beredskapsskyldighet, men denna sak borde diskuteras när socialväsandets beredskapsplaner utarbetas. I avtalen bör verksamhetens kontinuitet i en pandemisituation beaktas.

Daghem

En del av de barn som är i dagvård kommer att insjukna, liksom också en del av dagvårdspersonalen. Det är också möjligt att daghem stängs därför att pandemin sprider sig eller för att personalen är sjuk. Då behöver daghemsbarnen vård hemma eller inom familjedagvården, i den mån det finns platser. Då kan inte bägge föräldrarna till små barn vara i arbete, vilket orsakar arbetskraftsbrist i många sektorer utöver sjukdomsfallen. I socialväsandets beredskapsplan borde man fundera på möjligheterna att utnyttja exempelvis frivilligorganisationer i dessa situationer. Särskilt svårt blir det när en ensamförsörjare insjuknar och hamnar på sjukhus eller annars inte kan sköta sitt/sina barn. Då behövs hjälp från socialväsandet och i planerna bör man förbereda sig på att anlita t.ex. fosterfamiljer eller att skicka barnen till släktingar. I informationen borde familjerna uppmanas att planera lämpliga lösningsmodeller på förhand och när en pandemisituation hotar. Kommunens skyldighet att ordna barndagvård förändras inte i en pandemisituation.

Stakes riksomfattande nättjänst Varttua om småbarnsfostran och barndagvård (<http://varttua.stakes.fi>) har en direkt länk till social- och hälsovårdsministeriets influensameddelanden och därigenom också till andra ministeriers meddelanden. Stakes har dessutom ett nätverk bestående av kontaktpersoner för dagvården i kommunerna, med vars hjälp man snabbt kan nå de personer som ansvarar för dagvården i varje kommun.

Ordnande av underhållsåtgärder i kommunen

I kommunen bör man beakta underhåll och proviantering när det gäller eventuella karantänlokaler och reservsjukhus samt socialvårdsanstalter som eventuellt inrättas.

Reservpersonal

Social- och hälsovårdsväsandet grundar sig i stor utsträckning på serviceverksamhet och är således mycket arbetskraftsintensivt. Det är därmed mycket krävande att planera ett reservpersonalsystem och det behövs hela tiden koordinering för att klara av situationen. Därför måste det på förhand utbildas reserver för ledande personal som behärskar strukturerna, planering och arbetsledning.

Det lönar sig att ta med företrädare för Finlands Röda Kors, frivilliga räddningstjänsten samt olika kyrkosamfunds arbetstagare (diakoner m.fl.) i socialväsandets beredskapsplanering vid sidan av företrädare för hälso- och sjukvården. De behövs för det dagliga arbetet förutom att de kan vara med och tillhandahålla psykosocial hjälp. Det bör utredas om t.ex. studerande kunde snabbutbildas till reservpersonal.

I kommunerna bör man tillsammans med undervisningsväsendet se över om skolor och daghems resurser kan utnyttjas för vårdlösningar under en epidemi såväl materiellt som med avseende på personalen, om de stängs. Vad kan friska lärare och friska arbetstagare i skolor och daghem göra? Hur ordnas bespisning i kommunens kök för behövande? Finns det engångsredskap och transportmedel och fordon för det som skall transporteras åt de sjuka? När läroinrättningarna är stängda kunde studerande kanske snabbutbildas i att transportera mat och för andra underhållsuppgifter osv.

12.2.2 Psykosocialt stöd och tjänster

I Finland blev man medveten om behovet av psykosocialt stöd i olyckssituationer för tio år sedan. SHM publicerade 1998 anvisningar för särskilda och olyckssituationer. I dem tas emellertid inte ställning till arten och omfattningen av det stöd som behövs under en omfattande farlig sjukdomsepidemi, så man måste närma sig saken på ett nytt sätt. Det kompendium som finns är ändå riktgivande.

I en pandemisituation är behovet av stöd omfattande. Arbetstagare på alla områden blir överbelastade i sitt arbete när en del av arbetskamraterna och de anhöriga är sjuka. Man blir tvungen att byta uppgifter och eventuellt arbeta i andra uppgifter än normalt. När epidemin framskrider kan dödsfall finnas för handen. Stressreaktioner är mycket sannolika.

Ordnanandet av psykosocialt stöd har traditionellt hört till social- och hälsovårdens uppgifter. I en pandemisituation har social- och hälsovården fullt upp med att sköta och vårda sjuka. Därför borde man på alla förvaltningsområden beakta hur psykosocialt stöd och tjänster ordnas i deras beredskapsplanering. Stöd behövs för arbetstagare, sjukas och avlidnas anhöriga och arbetskamrater, äldre, barn osv.

Dessutom aktiveras krisgrupperna för bastjänster och specialtjänster krisgrupper. Grupperna är multiprofessionella och verkar över organisations- och förvaltningsgränserna. I dem ingår hälso- och sjukvårdspersonal, socialarbetare, poliser, brand- och räddningsmyndigheterna och i många grupper också företrädare för kyrkan.

Förutom krisgrupperna för hälso- och sjukvårdstjänster finns ett betydande antal andra krisgrupper i vårt land. Många frivilligorganisationer, kyrkan, försvarsmakten, stora företags företagshälsovård, polisen, brandkåren och vissa skolor har egna krisgrupper. När de olika sektorernas beredskapsplaner uppdateras för att svara mot en eventuell influensapandemi lönar det sig att i kommunerna och sjukvårdsdistrikten samt på privata och offentliga arbetsplatser fundera på hur psykosocialt stöd kan ges lokalt inom olika sektorer. Det psykiska och sociala stöd som människorna ger varandra är viktigt för att man skall klara av pandemin.

12.3 BEREDSKAPSPLANER INOM ANDRA SAMHÄLLSSEKTORER

12.3.1 Ministeriernas planer och åtgärder i händelse av en pandemi

Ministeriernas beredskapschefer bildade vid sitt möte den 21 oktober 2005 en beredskapschefsgrupp för fågelinfluensa- och influensapandemiberedskap, vars uppgift är att effektivisera och koordinera alla förvaltningsområdets beredskap i anslutning till hotet om en pandemi. Social- och hälsovårdsministeriet har i en skrivelse (SHM/2899/2005/2.11.2005) begärt att ministerierna skall presentera en utredning om de åtgärder som planerats och vidtagits med tanke på en pandemi. Denna text bygger till centrala delar på den utredningen samt på uppdateringar av utlåtandena om förslaget till pandemiplan.

Enligt 40 § i beredskapslagen skall statsrådet, statliga förvaltningsmyndigheter, statens affärsverk och övriga statsmyndigheter samt kommunerna genom beredskapsplaner och förberedelser för verksamhet under undantagsförhållanden samt genom andra åtgärder säkerställa att deras uppgifter kan skötas så störningsfritt som möjligt också vid undantagsförhållanden. Förberedelserna för undantagsförhållanden leds, övervakas och koordineras av statsrådet samt av ministerierna inom sitt förvaltningsområde.

Alla förvaltningsområden har förberett sig för olika störningssituationer och undantagsförhållanden. Hotmodellerna och de åtgärder som iakttas vid förberedelserna är dimensionerade i enlighet med den aktuella hotmodellen. Beredskapen för fågelinfluensa och en influensapandemi utgör en del av denna helhet.

Statsrådets kansli

Under ledning av statssekreteraren vid statsrådets kansli har ministeriernas beredskapschefer kommit överens om arrangemangen i anslutning till beredskapschefernas pandemiarbetsgrupp. Vid kansliet har man gjort en utredning om arbetsfördelningen inom statsrådet i anslutning till fågelinfluensan och smittsamma sjukdomar som utvecklas till pandemier.

I enlighet med riktlinjerna för regeringens överläggning 19.1.2006 har det ordnats beredskapsövningar med tanke på fågelinfluensa 9.3.2006 och med tanke på en influensapandemi 20.4.2006.

I statsrådets lägesbildsrapportering har man börjat följa med fågelinfluensasituationen, och en eventuell utveckling av situationen till en influensapandemi har beaktats i planeringen av verksamheten i anslutning till lägesbilden. Statsrådets kommunikationsenhet har för egen del koordinerat kommunikationsfrågorna vid de regelbundna sammankomsterna för ministeriernas informations- och kommunikationsdirektörer.

En livsviktig samhällsfunktion för statsrådets kanslis del är ledandet av staten. Kontinuiteten är inte avsevärt hotad. Om nyckelpersonerna insjuknar samtidigt skulle det ha otillfredsställande effekter på ledandet av staten, men ledningsförmågan är säkerställd med hjälp av vikariearrangemang för nyckelpersoner som behövs för beslutsfattandet, beredningen av besluten samt informationen och kommunikationen.

Utrikesministeriet

Utrikesministeriet och Finlands 97 beskickningar utomlands ansvarar för att finländare som befinner sig utanför landets gränser skyddas. De utarbetar bl.a. landsvisa pandemiberedskapsplaner och kartlägger den aktuella hotsituationen mot säkerheten för de finländare som befinner sig i och reser till landet i fråga. UM och de finska beskickningarna samlar också in och analyserar landsvis lägesbildsinformation som är central för krisberedskapen till stöd för statsledningens beslutsfattande. Om en pandemi sprider sig globalt är det utrikesförvaltningens uppgift att skydda Finlands och finländarnas intressen i den föränderliga internationella situationen. Detta kan också betyda diplomatiska metoder för att garantera Finlands försörjningsberedskap och medborgarnas säkerhet.

Utrikesministeriet har utarbetat en plan för utrikesförvaltningen beredskapsåtgärder 2006. Utrikesministeriets beskickningar representerar hela statsförvaltningen och står i främsta linjen i krissituationer som eventuellt får sin början utomlands. I synnerhet beskickningarna i Sydostasien har instruerats att utarbeta egna beredskapsplaner. Anvisningar om arbetarskyddet för beskickningspersonalen när det gäller pandemisk influensa har meddelats den.

Utrikesministeriets pandemiberedskap koordineras och i en eventuell pandemisituation leds verksamheten av ministeriets beredskapsgrupp under ledning av beredskapschefen. Aktörer som är centrala för fortsatt verksamhet inom förvaltningsområdet är förutom de ovan nämnda den övriga ministerieledningen, de personer som sköter konsulära samt informationsuppgifter, pass- och viseringsuppgifter, personalen vid områdesavdelningarna samt säkerhetsenheten, som ansvarar för personalens säkerhet, och arbetarskyddet. Också de personer som upprätthåller teleförbindelserna är centrala med tanke på kontinuiteten i verksamheten.

Utrikesministeriets bedömning är att inte ens en eventuell epidemi, där upp till en fjärdedel av arbetskraften skulle vara tillfälligt sjuk, skulle orsaka några allvarliga brister med tanke på ministeriets beredskap, eftersom dess organisation och verksamhetskultur i princip bygger på förändring och mångsidigt kunnande. Ministeriet har 1600 arbetstagare i anställningsförhållande och 900 som är anställda i olika stationeringsländer. De flesta av de anställda har lång utlandserfarenhet och är vana att vid behov och även med kort varsel ta över andra uppgifter, om prioriteringarna och funktionsförmå-

gan förutsätter det. Om sjukdomen inte varar längre tid än två veckor och om alla inte är sjuka samtidigt, kommer verksamheten sannolikt inte att stanna upp helt och hållet.

Beskickningarna utomlands

I en pandemisituation riktar sig det största hotet mot beskickningarna utomlands, som har begränsade resurser till sitt förfogande. Av denna orsak försöker man förbereda sig så bra möjligt på en eventuell influensapandemi. De beskickningar som är belägna inom riskområdet i Sydostasien har ombetts uppdatera sina beredskaps- och evakueringsplaner med beaktande av även de åtgärder som en eventuell influensapandemi förutsätter och fortsatt verksamhet, inklusive tillhandahållande av konsulära tjänster, under en pandemi. Detta betyder t.ex. att beskickningarna har färdiga planer för uppgifts- och ansvarsfördelningen om man hamnar i en pandemisituation. Planerna innefattar bl.a. eventuell begränsning av kundservicen (i synnerhet tjänster i anslutning till inresa) samt begränsning av verksamheten i form av övergång till distansarbete. Dessutom utreder beskickningarna lokalsjukhusens beredskap att konstatera smitta och vårda sjuka utlänningar i en eventuell pandemisituation.

Vid ministeriet har inrättats konsulära kommandon som vid behov fungerar som en extra resurs som kan skickas till beskickningarna, ifall en epidemi eller någon annan utomstående störningsfaktor utgör ett överraskande hot mot verksamheten. Vid en smittsam sjukdom måste man å andra sidan noga överväga om det lönar sig att skicka friska hjälpstyrkor till ett område med smitta.

Omsorg om personalens hälsa

Hela personalen, i riskområdena även familjemedlemmar, har erbjudits möjlighet till avgiftsfri säsonginfluensavaccination. Även om vaccinationen inte skyddar mot fågelinfluensa eller pandemisk influensa, underlättar den diagnosen under en eventuell pandemi.

Till de länder i Sydostasien och sydöstra Europa (Turkiet), där humansmitta av fågelinfluensa har förekommit, har läkemedlet Tamiflu skickats åt beskickningarnas utstationerade arbetstagare och deras familjemedlemmar. Dessa beskickningar har getts möjlighet att köpa läkemedel lokalt även åt den personal som är anställd i stationeringslandet, vilket också de flesta har gjort. Ministeriet har ett litet läkemedelsförråd vid företagshälsovården för akuta behov.

Lägesanalysen och åtgärderna i anslutning till den grundar sig på WHO:s och Folkhälsoinstitutets analyser och åtgärdsrekommendationer. Situationen följs kontinuerligt och anvisningar meddelas i den takt som situationen förändras.

Internationellt samarbete

De nordiska länderna och EU-länderna bedriver ett nära krisberedskapssamarbete och till detta räknas även förberedelserna för en eventuell influensapandemi. Länderna utbyter information om sina åtgärder, bl.a. beredskaps- och evakueringsplaner, med tanke på en pandemi. Ifall pandemihotet förvärras avsevärt kommer både det nordiska och EU-samarbetet att spela en central roll t.ex. vid ordnandet av eventuella evakueringar. Inom ramen för EU-koordineringen ordnas också övningar för pandemisituationer. EU-ländernas första pandemiövning hölls den 24–25 november 2005. Även utrikesministeriet deltog i övningen.

Utrikesförvaltningen koordinerar Finlands samarbete inom internationella organisationer, t.ex. UNDP, WHO och Världsbanken. Med hjälp av samarbetet förstärks bl.a. veterinär- och hälsovårdskapaciteten i de länder där situationen är som mest kritisk med tanke på förebyggandet av en pandemi.

I Peking ordnades den 17–18 januari 2006 en fågelinfluensafinansieringskonferens, där man bedömde de internationella finansieringsbehoven och inrättade en gemensam

finansieringsram för att minska effekterna av fågelinfluensan, till vilken biståndsgivarna utlovade 1,9 miljarder dollar. Finland deltar med 2,7 miljoner euro i ett av UNDP koordinerat tvåårigt projekt i Vietnam. Behovet av övrigt samarbete skall bedömas.

Resemeddelanden och råd till utlandsfinländare

I de resemeddelanden som publiceras på utrikesministeriets webbplats följer man nära utvecklingen med avseende på en pandemi i stationeringsländerna. I den fas som föregår en pandemi kommer man sannolikt att ge rekommendationer om att undvika resor. Enligt experter har begränsningar av resandet enligt dagens uppfattning ändå ingen nämnvärd inverkan i pandemifasen.

Tillsammans med EU-länderna har man kommit överens om att sjukdomssituationen följs noga även med avseende på resemeddelandena och att resemeddelandena koordineras enligt den aktuella situationen.

Beskickningarna förmedlar uppgifter som de fått från ministeriet och som grundar sig på expertkällor vidare även till finländare bosatta utomlands (t.ex. UM:s och Folkhälsoinstitutets meddelande, som har publicerats på utrikesministeriets formin-webbplats och som beskickningarna enligt egen prövning har kunnat publicera på sina egna webbplatser eller skicka som e-postmeddelande till dem som finns upptagna på deras listor).

Med hjälp av dessa åtgärder försöker man trygga kontinuiteten i utrikesförvaltningens funktioner samt finska medborgares och i Finland permanent bosatta utlänningars säkerhet och välmåga utomlands även i en eventuell pandemisituation.

Justitieministeriet

Beredskapen för och förebyggandet av pandemier är i huvudsak en fråga som faller under medlemsstaternas behörighet. De nationella åtgärder som vidtas för att förhindra att sjukdomen sprider sig kan vara av sådan natur att de i princip står i strid med EU-rätten. Det ankommer på respektive ministerium att inom det egna verksamhetsområdet bedöma vilka slags begränsningar EU-rätten sätter. Inom EU-rätten känner man emellertid på flera områden till möjligheten till s.k. skyddsåtgärder i exceptionella situationer. Detta innebär att EU-reglerna inte förhindrar åtgärder som är motiverade bl.a. för att skydda människors hälsa och liv (t.ex. artiklarna 30, 39, 46 och 95 i EG-fördraget).

Den nuvarande beredskapslagen (1080/1991) trädde i kraft den 1 september 1991. Syftet med lagen är att under undantagsförhållanden trygga befolkningens utkomst och landets näringsliv, upprätthålla rättsordningen, de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna samt trygga rikets territoriella integritet och självständighet. I beredskapslagen definieras undantagsförhållanden i 2 §, där de indelas i fem grupper. I dem är det fråga om allvarliga kriser, till vilka pandemier ändå inte räknas. Den nuvarande beredskapslagen skulle således inte kunna tas i bruk i en pandemisituation, utan man skulle bli tvungen att ty sig till lagstiftningen för normala förhållanden, i synnerhet lagen om smittsamma sjukdomar (583/1986). Om det ekonomiska läget i landet försämras på grund av pandemin, kunde man tänka sig att ta i bruk beredskapslagen. Med avseende på hälso- och sjukvården skulle detta ändå vara en mycket sen tidpunkt.

I förslaget till ny beredskapslag (Justitieministeriet KB 2005:2) anses "pandemi som kan jämföras med en synnerligen allvarlig storolycka" (3 § 4 punkten) som ett undantagsförhållande och beredskapslagen kunde således tillämpas. I förslaget till beredskapslag ingår följande tilläggsbefogenheter som kunde tas i bruk:

- bestämmelser om tryggnad av social- och hälsovården (84 och 85 §)
- bestämmelser om undantag från anställningsvillkoren (91 § 2 mom.)
- bestämmelser om arbetspliktiga (93 § 2 mom.).

Justitieministeriet har framställt förslag till beredskapslag. Propositionen skall behandlas under nästa riksdagsperiod 2007.

Justitieministeriets förvaltningsområdes struktur

Typiskt för justitieministeriets förvaltningsområde är att rätts- och åklagarväsendets samt även andra enheter är rätt små, de består i allmänhet av några eller några tiotals tjänstemän. Av denna anledning är det klart att förvaltningsområdets stödfunktioner samt sektorvisa specialarrangemang behövs för pandemiberedskapen. Inom vissa sektorer finns en centralmyndighet, t.ex. Brottspåföljdsverket och Riksåklagarämbetet, medan justitieministeriet är centralt organ för andra.

Beredskapen inom justitieministeriets förvaltningsområde

Rättsväsendet, rättshjälpen och utsökningen

När det gäller rättsväsendets verksamhet fördröjer ett eventuellt störningstillstånd domstolarnas och åklagarnas arbete. Behandlingstiderna för ärenden förlängs och pandemin kan leda till att ärendena hopas ytterligare. Eftersom man måste anta att rättegångsparterna är förhindrade att närvara i samma omfattning som personalen, måste åtal och rättegångar i vilket fall som helst skjutas upp i någon mån oberoende av myndigheternas åtgärder.

För att garantera en snabb rättsvård, de grundläggande fri- och rättigheterna och rättssäkerheten är det viktigt att ärenden som kräver brådskande behandling, t.ex. tvångsmedelsrättegångar, kan skötas utan dröjsmål trots personalbrist. Detta förutsätter smidiga vikariearrangemang vid domstolarna och eventuellt samarbetsområdesvisa vikariearrangemang inom åklagarväsendet. Det är viktigt att det arbete som utförs av ämbetsverkens ledande tjänstemän och deras vikarier fortsätter för att trygga en ändamålsenlig användning av personalen.

Inom utsökningsväsendet borde man kunna sköta åtminstone brådskande säkringsåtgärder.

Fångvården

Störst problem skulle en pandemi orsaka i fångvårdsanstalterna. I de slutna anstalterna skulle det innebära en särskild utmaning att begränsa spridningen av influensa bland både fångarna och vakterna. Fångvårdsväsendet har sin egen hälso- och sjukvårdsorganisation, som ändå är mycket lätt med tanke på behandlingen och bekämpningen av en omfattande pandemi.

En pandemi kan förutsätta ändringar även i fångarnas rättigheter, t.ex. begränsningar av besök eller andra åtgärder för att förhindra att sjukdomen sprids.

Ministeriet och andra tjänster

Om pandemin eventuellt drar ut på tiden eller dess verkningar är mera omfattande än väntat, kan det hända att man blir tvungen att ändra lagstiftningen i snabb takt. Justitieministeriets lagberedare spelar då en central roll.

De högsta laglighetsövervakningsmyndigheterna borde på grund av sina centrala uppgifter kunna fortsätta sitt arbete även under en influensapandemi.

Information och kommunikation

Vid ett störningstillstånd är en effektiviserad information och kommunikation central. Huvudansvarig för förvaltningsområdets interna information och kommunikation samt den information och kommunikation som riktas till allmänheten är justitieministeriet samt de centrala ämbetsverken inom olika sektorer. Varje ämbetsverk sköter den lokala informationen till och kommunikationen med kunderna. Anvisningarna för effektiviserad information och kommunikation iakttas.

Inrikesministeriet

Inrikesministeriet tillsatte den 19 oktober 2005 en intern arbetsgrupp som fick i uppgift att förbereda förvaltningsområdets beredskapsåtgärder med tanke på en influensapandemi. I arbetsgruppen ingår företrädare för alla avdelningar och informationsenheten. I ledningsgruppen för säkerhetsfrågor, som leds av inrikesministeriet, behandlas beredskapen för en influensapandemi regelbundet.

Inrikesministeriets förvaltningsområde har uppmanats att i den operativa verksamheten förbereda sig på att i en influensapandemisituation kan 25–35 % av personalen insjukna och vara borta från arbetet 1–2 veckor under 2–3 månader.

Räddningsavdelningen

Räddningsavdelningen har skickat den underlydande förvaltningen ett brev med instruktioner om beredskapen för en influensapandemi den 13 december 2005. Förvaltningen har uppmanats att beakta en influensapandemi i sina beredskapsplaner. Under en eventuell influensapandemi har räddningsområdena och nödcentralerna instruerats att rapportera förändringar i sin funktionsdugliga personalstyrka och de problem som hänförelse för verksamheten. Man har gett uppmaningen att beredskapen för en influensapandemi skall ingå i de beredskapsövningar som ordnas. Under övningarna bör man granska beredskapen och verksamheten i en influensapandemisituation, innehållet i anvisningarna och deras tillräcklighet samt frågor om samarbete mellan olika myndigheter.

Räddningsinstitutet har uppmanats att förbereda sig på att helt avbryta yrkesutbildningen och kortkursverksamheten.

Polisavdelningen

Polisavdelningen har den 1 december 2005 skickat den underlydande förvaltningen ett meddelande om beredskapen för en influensapandemi. I meddelandet uppmanas man att lokalt förbereda sig på en influensapandemi och vid planeringen beakta bl.a. följande omständigheter:

- hur tryggas ledningssystemets funktion och hur har skyddet av ledningsplatserna planerats,
- vilka är enhetens nyckelpersoner och vem vikarierar dem,
- vilken praktiska beredskap har polisenheterna att samarbeta med kommunsektorn och sjukvårdsdistrikten,
- hur förbereder man sig på samarbete med andra myndigheter,
- hur förbereder man sig på eventuell stängning av hela polisinsättningen eller någon annan enhet,
- vilka kristida budgetplaner har enheterna.

En ärendepunkt som lyfts fram när det gäller beredskapen för en influensapandemi är ordandet av omfattande lokala, landskapsvisa eller länsvisa övningar.

Staben för gränsbevakningsväsendet

Vid gränsbevakningsväsendet har den 4 november 2005 utarbetats en promemoria om fågelinfluensan och gränsbevakningsväsendet. Utgående från promemorian förbereder sig gränsbevakningsväsendet vid behov på kortvariga personförflyttningar så att den operativa ledningen, gränskontrollerna och sjöräddningsverksamheten upprätthålls i en influensapandemisituation. När det gäller gränsjägarkompaniernas värnpliktiga förbereder man sig, beroende på när influensapandemin bryter ut, på att besluta att senarelägga inryckningsdagen, avbryta militärtjänstgöringen under influensapandemin eller vårda de värnpliktiga på kasernområdena.

Avdelningen för utveckling av regioner och offentlig förvaltning

I en influensapandemisituation är länsstyrelserna centrala eftersom de genomför de regionala och lokala beredskaps- och bekämpningsåtgärderna som styrs av social- och hälsovårdsministeriet, jord- och skogsbruksministeriet samt inrikesministeriet. Länsstyrelserna har också en allmän uppgift när det gäller beredskapen för undantagsförhållanden och de verksamhetssätt och organisationer som skapats för dem utnyttjas även vid beredskapen för en influensapandemi. Länsstyrelsernas beredskapsåtgärder har behandlats på möten för landshövdingarna.

Alla länsstyrelser förbereder sig för egen del på den beskrivna situationen och koordinerar beredskapen inom det egna området. Samarbetet med i synnerhet sjukvårdsdistrikten intensifieras. Saken behandlas regelbundet i länets beredskapskommissioner och en influensapandemi tas med i lägesbilderna under beredskapsövningar.

Länsstyrelserna är aktiva när det gäller informationen till och kommunikationen med regionala myndigheter och kommunerna och utnyttjar bl.a. informationen på Folkhälsoinstitutets webbplats. Landshövdingarna delges material från inrikesministeriets beredskapsarbetsgrupp. Förvaltningsområdets hela personal informeras i enlighet med inrikesministeriets gemensamma informations- och kommunikationsplan. När den nationella planen blir klar i februari, vidtas de åtgärder som den förutsätter.

Utlänningsavdelningen

Vid utlänningsavdelningen har den 11 november 2005 utarbetats en promemoria om folkhälsoaspekter på bestämmelserna om utlänningars inresa, vistelse i landet, resor inom landet och utresa. Till utlänningsverket har skickats ett brev där man har berättat om den riksomfattande pandemiarbetsgruppens och IM:s arbetsgrupps verksamhet och uppmanat Utlänningsverket att beakta pandemirisen i sin egen beredskapsplan. I synnerhet har man uppmanat verket att beakta behörigt smittskydd för dem som arbetar med kundservice och sköter samtal samt hur arbetet ordnas och prioriteras om en betydande del av verkets personal är sjukledig. Inom Schengenområdet görs inte kontroller vid de inre gränserna men de kan tillfälligt återinföras p.g.a. av hot som riktar sig mot folkhälsan.

Kommunavdelningen

På kommunavdelningen har man den 17 november 2005 utarbetat en promemoria om åtgärder inom kommunavdelningens verksamhetsområde i anslutning till pandemi-beredskapen. På avdelningen bereds en anvisning om eventuell pandemiberedskap för kommunernas allmänna ledning.

Informationsenheten

Inrikesministeriets informationsenhet bereder inrikesförvaltningens egen informations- och kommunikationsplan och deltar i beredningen av myndigheternas gemensamma informations- och kommunikationsplan. Vid informationsenheten har utarbetats en promemoria om en informations- och kommunikationsplan i anslutning till beredskapen för en influensapandemi. Informationsenheten har lagt ut influensapandemiinformation på elektroniska forum, dit man har kunnat hänvisa i de meddelanden som skickats till olika förvaltningsområden.

Försvarsministeriet

Försvarsministeriet har 13.3.2006 tillsatt försvarsförvaltningens sakkunnigarbetsgrupp för fågelinfluensa – influensapandemi. Arbetsgruppen utreder de åtgärder som föranleds av hot om såväl fågelinfluensa samt influensapandemier både i anslutning till försvarsförvaltningens egen verksamhet och med avseende på stöd till det övriga samhället. Arbetsgruppen följer situationen och planeringen inom statsförvaltningen samt ger rekommendationer om åtgärder inom försvarsförvaltningen.

Den medicinska beredskapen inom försvarsmakten leds av försvarsmaktens överläkare som bistås av Huvudstabens underhållsavdelning och militärmedicinska forskningsinstitutet. Medicinalvården har gett en anvisning om beredskapen för en influensapandemi.

Försvarsförvaltningens beredskapsplan har utarbetats under mars 2006. Planer för de enskilda verksamhetsområdena och underlydande ledningsorgan utarbetas under 2006.

I en influensapandemisituation fortsätter försvarsförvaltningen att sköta och upprätthålla verksamhetsförutsättningar för sina lagstadgade uppgifter samt förbereder sig på att stödja samhällsfunktionerna genom att ge handräckning. När det gäller tryggheten av den egna personalens funktionsförmåga beaktas i planeringen såväl de värnpliktiga, försvarsförvaltningens avlönade personal och krishanteringstrupperna som samarbets- och intressentgrupperna.

Försvarsförvaltningens centrala kontaktytor i en influensapandemisituation:

- myndighetssamarbete på olika nivåer
- informationsutbyte mellan olika myndigheter
- åtgärder och arrangemang som gäller hälso- och sjukvården
- utformning och förmedlande av en lägesbild
- förberedelser för att ge handräckning

I försvarsförvaltningens beredskapsplan presenteras lägesmodeller (scenarier) och en bedömning av situationens utveckling samt försvarsförvaltningens åtgärder på grundval av lägesmodellerna. Med hjälp av planens lägesmodeller beskrivs försvarsförvaltningens beredskap, åtgärder och samarbete vid influensapandemier av olika svårighetsgrad, omfattning och snabbhet.

Kontinuiteten i försvarsförvaltningens livsviktiga funktioner liksom en effektiv användning av personal- och kunskapsresurserna är säkerställd. Försvarsmaktens operativa ledning bestämmer att handlingsplanerna skall ses över och verkställas, om hotet om en influensapandemi ger anledning till detta. Huvudstaben följer med hur influensapandemisituationen utvecklas och behovet av åtgärder. Försvarsförvaltningens ledning informeras om hur situationen utvecklas.

Huvudstaben har bedömt belastningen och verkningarna av en pandemi samt behovet av lokaler samt hälso- och sjukvårdspersonal. Truppförbanden har getts grunder för bedömning av sjukfrånvarons inverknings samt förbättring av medicinalvårdsberedskapen. Användningen av värnpliktiga, deras uppgifter och eventuella förändringar i tjänstgöringen och fritiden bedöms tillsammans med hälsovårdsmyndigheterna.

Försvarsförvaltningens planering har gjorts i samarbete med sakkunniga från social- och hälsovårdsministeriet, Folkhälsoinstitutet, jord- och skogsbruksministeriet, inrikesministeriet och staben för gränsbevakningsväsendet. En företrädare för försvarsförvaltningen deltar i arbetet inom arbetsgruppen för nationell pandemiberedskap och samarbetar med SHM och KTL. Försvarsmakten har deltagit i nationella och internationella övningar 2005–2006.

Finansministeriet

Finansministeriets förvaltningsområde bereder regeringens ekonomiska politik och finanspolitik samt fungerar som skattepolitisk sakkunnig. Ministeriet ansvarar också för de finansmarknadspolitiska förberedelserna. En eventuellt snabbt framåtskridande och omfattande pandemi orsakar inga störningar i finansministeriets verksamhet.

Inom ministeriets förvaltningsområde kan pandemisituationen orsaka störningar i beskattningsprocessen vid eventuella sjukdomsfall bland databehandlingspersonalen. De grundläggande funktionerna kunde fortsätta med försämrad kvalitetsnivå och de fel som inträffar skulle rättas till när situationen normaliserats. Anskaffningen och skötseln av statliga medel samt betalningen av pensioner kan försvåras i en pandemisituation till följd av eventuell frånvaro bland nyckelpersoner.

Inom tullen medför en pandemi belastning på hela organisationen i synnerhet om man antar att en del av personalen är förhindrad att komma till arbetet på grund av sjukdom. Om t.ex. gränskontrollerna skärps på grund av pandemin, betyder det att personal förflyttas från andra uppgifter till gränsbevakningen. För samhället är det viktigt att en smidig skatteuppbörd och utrikeshandel upprätthålls under alla förhållanden.

Tullorganisationen förmår utföra sina normala primära uppgifter. Detta betyder ändå att uppgifter måste prioriteras och övertidsarbete. Om man till följd av fågelinfluensan blir tvungen att genomföra t.ex. effektiverade gränskontroller, provtagningar eller handräckningsuppgifter, behövs alla arbetstagare. När det gäller vissa specialuppgifter (t.ex. data, löneräkning, små tullstationer och vissa sakkunniguppgifter) är det så få som behärskar dem att kontinuiteten i verksamheten kan skadas allvarligt om flera personer är sjuka samtidigt.

De finländska tullmyndigheterna har en viktig roll och ställning när det gäller tillsynen över bestämmelserna om veterinärmedicin och växters sundhet.

I budgeten för 2006 har regeringen tagit in ett anslag på fem (5) miljoner euro för oförutsedda utgifter inom finansministeriets förvaltningsområde.

Undervisningsministeriet

I undervisningsministeriets planer förbereder man sig med tanke på en influensapandemi på de mest centrala livsviktiga funktionerna inom ministeriets förvaltningsområde, som är tryggande av undervisnings- och forskningsverksamheten samt den kultur-, idrotts- och ungdomspolitiska verksamheten samt arrangemangen för mental kriställighet.

Informations- och kommunikationsberedskap

En väl fungerande information och kommunikation som tilldelats tillräckligt med resurser kan svara snabbt även på behoven av effektiverad information och kommunikation. Vid undervisningsministeriet utarbetas som bäst en krisinformationsplan som skall säkerställa beredskapen. Vid förvaltningsområdets ämbetsverk och inrättningar utarbetas motsvarande planer och de planer som eventuellt redan finns uppdateras. I samband med en pandemi är utbildningsstyrelsen och länsstyrelserna centrala aktörer även när det gäller information och kommunikation.

Samarbete med frivilligorganisationer möjliggör en bred distribution av information och upplysning.

Utbildnings- och vetenskapspolitikens verksamhetsområde

Undervisningsministeriets utbildnings- och vetenskapspolitiska verksamhetsområde omfattar förskoleundervisningen och den grundläggande utbildningen, morgon- och eftermiddagsverksamheten för skolelever, gymnasieutbildningen, yrkesutbildningen och det fria bildningsarbetet samt yrkeshögskolorna och universiteten. I vårt land finns det sammanlagt över en miljon elever och studerande på heltid inom förskoleundervisningen och den grundläggande utbildningen, gymnasie- och vuxengymnasieutbildningen, yrkesutbildningen och den yrkesinriktade tilläggsutbildningen (uppgifter 2004). Vid yrkeshögskolorna studerar ca 140 000 studerande och vid universiteten studerar sammanlagt nästan 177 000 studerande. De åtgärder som föranleds av en influensapandemi berör sammanlagt ungefär 1 900 000 skolelever, studerande, lärare samt annan personal vid läroinrättningarna.

I lagstiftningen finns inget bemyndigande att avbryta undervisningen eller stänga läroinrättningar och utbildningsenheter i händelse av en pandemi. De bestämmelser som då kommer i fråga är 14 och 15 § i lagen om smittsamma sjukdomar (583/1986).

I en krissituation är det viktigt att upprätthålla telekommunikationen och teleförbindelserna och att delta i det forskningsarbete och den övervakning som behövs i fråga om pandemin. Tryggas telekommunikationen kompenserar det också eventuella andra olägenheter som orsakas om universitetens personal och studerande insjuknar.

Målet är att undervisningen skall kunna skötas med olika arrangemang även under en influensapandemi. Kommunerna är enligt 4 § i lagen om grundläggande utbildning skyldiga att ordna förskoleundervisning och grundläggande utbildning. Enligt 23 § i lagen om grundläggande utbildning börjar läsåret den 1 augusti och avslutas den 31 juli. Lsåret har 190 arbetsdagar.

Undervisningsarrangemangen kunde ordnas t.ex. genom produktion och distribution av distansundervisningsmaterial, kontaktundervisning via YLE:s kanaler och med hjälp av nätundervisning. Planerings- och genomförandeansvaret vilar på utbildningsstyrelsen, de regionala och lokala myndigheterna samt utbildningsanordnarna. Ordlandet av studentexamen och inträdesförhör kan förutsätta specialarrangemang beroende på situationen.

Vid alla ämbetsverk och enheter inom undervisningsministeriets förvaltningsområde arbetar samtidigt ett stort antal människor. Vid en pandemirisk, även om det i detta skede är liten, vore det nödvändigt att överväga utarbetandet av ett program för förebyggande åtgärder för högskoleväsendet och samtidigt hela undervisningsförvaltningens verksamhetsorganisationer.

I programmet borde man beakta

- 1) förebyggandet av smitta på såväl individnivå (bl.a. effektiverad hygien) som enhets- och organisationsnivå,
- 2) utarbetandet av ett informationsprogram om beredskapsåtgärder för alla för att säkerställa både den preventiva beredskapen och beredskapen i en krissituation,
- 3) förenhetligandet av verksamhetsprinciperna, dvs. att det finns gemensamma verksamhetsprinciper med tanke på en krissituation, en på förhand utarbetad "var mans guide". Exempelvis i universitet och skolor är inte alla studerande och lärare närvarande på sina studie- och arbetsplatser dagligen eller samtidigt på samma sätt som på vanliga arbetsplatser, och då kan informationen bli otillräcklig och detta kan orsaka onödiga risker.

Kyrkliga frågor

I en pandemisituation framhävs det självvårdande arbetets betydelse i de religiösa samfundens verksamhet. Sjukdom bland de anställda och eventuella sammankomstbegränsningar kan skada verksamheten. Dessutom är det de evangelisk-lutherska församlingarnas uppgift att upprätthålla allmänna begravningsplatser. Församlingarnas begravningsväsendet antas med vissa arrangemang klara av en pandemisituation. Om förhållandena absolut kräver det, kan man med stöd av 25 § i begravningslagen avvika från lagens bestämmelser vid begravningar.

Kultur-, idrotts- och ungdomspolitikens verksamhetsområde

Undervisningsministeriets kulturpolitiska verksamhetsområde omfattar de nationella kultur- och konstinstitutionerna, museer, teatrar och orkestrar som får statsandel och statsbidrag, kommunernas kulturverksamhet och biblioteksväsende samt organisations- och föreningsverksamhet samt samhällsaktivitet som finansieras med statsunderstöd. Det finländska idrottslivet bygger till stor del på samhällsaktivitet. Den idrottsliga samhällsaktiviteten är organiserad i riksomfattande, regionala och lokala organisationer. Publika idrottsevenemang arrangeras vanligtvis av idrottsorganisationerna. Av de primära uppgifter som hänför sig till ungdomsarbetet, som även det till största delen bygger på samhällsaktivitet, ombesörjer man bl.a. stöd till ungdomsorganisationer och organisationer som utför ungdomsarbete, bidrag till riksomfattande ungdomscentraler, utvecklande av verksamheten med ungdomsverkstäder, stöd till eftermiddagsverksamhet för skolelever, kulturverksamhet för barn och ungdomar.

Regleringen av publikställningar till följd av en influensapandemi grundar sig i nuvarande situation på lagen om smittsamma sjukdomar (1986/583; 14 §) och lagen om sammankomster (1999/530; 15 §).

Jord- och skogsbruksministeriet

Inom jord- och skogsbruksministeriets förvaltningsområde är ansvarsområden som är centrala för de livsviktiga funktionerna bekämpningen av djursjukdomar och annat tryggnad av livsmedelsförsörjningens primärproduktion, vattenförsörjningen, säkerställandet av livsmedlens kvalitet och säkerhet samt hanteringen av dammsäkerhet och översvämningsrisker. Delar som måste upprätthållas och som är kritiska med tanke på beredskapen är veterinärernas jourssystem på alla förvaltningsnivåer, övningar och utrustning för beredskapsveterinärer som är särskilt utbildade i bekämpning av djursjukdomar samt Evira:s diagnostiska beredskap och jour. En kritisk faktor i en sjukdomssituation blir personresurserna på olika nivåer inom tjänsteveterinärsystemet.

Förvaltningsområdet har förberett sig på fågelinfluensan med sådan effektiviserad beredskap för en farlig smittsam djursjukdom som hör till de veterinärmedicinska myndigheternas normala verksamhet. Vid ministeriet och på regional nivå vid länsstyrelserna har utarbetats detaljerade verksamhetsanvisningar för veterinärerna med tanke på fågelinfluensan. Veterinärsystemets beredskap för bekämpningen av djursjukdomsepidemier övades på alla förvaltningsnivåer senast vid den samnordiska mul- och klövsjukesövningen i september 2005. Våren 2006 hölls en övning med tanke på fågelinfluensa som gällde samtliga förvaltningsområden.

Vid Livsmedelssäkerhetsverket (Evira) undersöker man fågelinfluensa antikroppar hos fjäderfä och förekomsten av virus hos vilda fåglar samt kartlägger man riskfaktorerna när det gäller fågelinfluensa. Om en sjukdomsanhopning förekommer på en fjäderfägård hindras sjukdomen från att sprida sig och utrotas sjukdomen i enlighet med jord- och skogsbruksministeriets beslut om bekämpning av Newcastle'sjuka och aviär influensa (3/VLA/96). Vid behov fattar man beslut om nödvaccination av fjäderfä.

Förvaltningsområdet förbereder sig på humansmitta av fågelinfluensa och en eventuell ny pandemi som smittar mellan människor i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet.

Tullen och behöriga instanser har informerats om importförbud som gäller fjäderfä och smittfarliga livsmedel. Tillstånd att föra in burfåglar från smittområden beviljas inte.

JSM:s informationsenhet stödjer Livsmedelssäkerhetsverket Evira när det gäller fågelinfluensainformationen och upprätthåller en informations- och kommunikationsanvisning för kris- och specialsituationer. Evira har utarbetat en informations- och kommunikationsplan för fågelinfluensa och upprätthåller webbsidor om fågelinfluensa. Evira har beredskap att vid behov ta i bruk telefonrådgivning för medborgarna tillsammans med SHM.

Pandemilarmet beaktas också i andra uppgifter inom ministeriets förvaltningsområde. För samhällets livsviktiga funktioner är det centralt att livsmedelsförsörjningen fungerar. Beredskapen förbättras också i syfte att säkerställa hanteringen av översvämningrisker och dammsäkerheten samt samhällenas vattenförsörjning.

Kommunikationsministeriet

Kommunikationsministeriets förvaltningsområde ansvarar direkt eller indirekt för flera av samhällets livsviktiga infrastrukturfunktioner. En viktig helhet är transporterna, som påverkar både medborgarnas försörjning och tryggheten av utrikeshandeln. Många andra samhällsfunktioner är åter beroende av teleförbindelserna. Utan fungerande teleförbindelser löper många av samhällets grundläggande funktioner risk för att störas eller sluta att fungera. Detta skulle oftast ha en allvarlig inverkan på samhället.

Inom kommunikationsministeriets förvaltningsområde kan en eventuell snabb och omfattande pandemi föranleda en situation som har allvarliga följder för samhällets funktionsduglighet. Enligt kommunikationsministeriets utredning är sådana personer i nyckeluppgifter som det är svårt att hitta ersättare åt bl.a. chaufförer för olika transportmedel samt Postens produktionspersonal, liksom teleföretagens personal.

Av transporterna har bl.a. energi- och livsmedelstransporterna skötts särskilt effektivt och de är förenade med sådant specialkunnande som inte kan ersättas med detsamma. Trafikledningspersonalen är specialutbildad. Datasystemen är mångsidiga.

Beredskapsplaner för situationen har i regel utarbetats eller utarbetas som bäst i anslutning till den normala beredskapsplaneringen. Den normala rytmen är att beredskapsplanerna gås igenom och uppdateras varje år. Inom kommunikationsministeriets förvaltningsområde omfattar den operativa verksamheten också planer för beredskapsarrangemang.

Inom Finnair-koncernens ledning har man i anslutning till en influensapandemi beslutat om lägesövervaknings- och beredskapsansvar. Dessutom har man utarbetat en särskild beredskapsplan som omfattar 13 sakkomplex.

Ministeriet och förvaltningsområdets organisationer har omedelbar beredskap att effektivisera förberedelserna för en pandemi om situationen kräver det.

Handels- och industriministeriet

När det gäller handels- och industriministeriets förvaltningsområde har en av de viktigaste prioriteringarna för den senaste tidens beredskapsarbete varit att se över grunderna för beredskapsplaneringen. Eftersom omvärlden är stadd i ständig förändring har ministeriet fäst uppmärksamhet vid arbetet med att se över grunderna för den egna

sektorns beredskapsplanering. Till det viktigaste hör bl.a. ändringen av lagen om trygghet av försörjningsberedskapen och tillämpningsområdet för dess försörjningsberedskapsbegrepp så att det fr.o.m. den 1 oktober 2005 omfattar inte bara undantagsförhållanden utan också allvarliga störningar som kan jämföras med dem, beredningen av försvarsekonomiska planeringskommissionens nya organisation och planeringsgrunderna för planeringsperioden 2004-2008 (nya hotbilder, områdesvisa mål) tillsammans med Försörjningsberedskapscentralen samt utarbetandet av en ny, mera heltäckande beredskapsplaneringsanvisning för TE-centralerna via arbetskrafts- och näringscentralernas delegation för beredskapsfrågor (medverkande HIM, JSM, AM, TE-centralerna).

Samtidigt hoppas man att flera av beredskapsprojekten på statsrådsnivå (bl.a. strategiarbetet gällande samhällets livsviktiga funktioner, Beredskapsövning 2005, EU:s pandemiövning, arbetet med att revidera beredskapslagen och SR:s projekt gällande en lägesbild i realtid), där också handels- och industriministeriet har varit med, skall förbättra förvaltningsområdets beredskap (inkl. samarbete) att svara på dagens nya hotmodeller. I samband med arbetet har ministeriet utvärderat bl.a. sina egna och förvaltningsområdets livsviktiga funktioner samt sina personalarrangemang. En del av utvärderingsarbetet, t.ex. analyseringen av erfarenheterna av Beredskapsövning 2005, pågår fortfarande och utvärderingarna granskas regelbundet.

Försörjningsberedskapscentralen, som lyder under handels- och industriministeriet, har beställt 1,3 miljoner behandlingsdoser av ett antiviralt läkemedel till säkerhetsupplagen med tanke på fågelinfluensan. Dessutom har Folkhälsoinstitutet i december undertecknat ett femårigt avtal om förhandsreservation av specifikt vaccin med en holländsk influensavaccintillverkare. Genom avtalet förbinder sig den holländske tillverkaren att till Finland leverera 5,5 miljoner doser specifikt vaccin mot pandemiviruset i avtalsordning i den takt som vaccinproduktionen framskrider. Finland är fjärde i kön. Försörjningsberedskapscentralen sköter de två första årens reservationsavgifter.

I TE-centralernas kursutbud 2005 utgjorde en fågelinfluensasituation övningsstema på höstens kurs om TE-centralernas information och kommunikation vid störningstillstånd.

Enligt lagen om trygghet av försörjningsberedskapen (1390/1992) skall för trygghet av försörjningsberedskapen under alla förhållanden tillräcklig beredskap att producera förnödenheter samt att styra produktion, distribution, konsumtion och utrikeshandel åstadkommas och upprätthållas. Det högsta ansvaret för försörjningsberedskapen tillkommer handels- och industriministeriet.

Statsrådet har satt allmänna mål för försörjningsberedskapen (SRb 350/2002) där man definierar beredskapsnivån med beaktande av befolkningens och det nödvändiga näringslivets samt försvarets minimibehov. Enligt statsrådets beslut 350/2002 är de grundläggande funktioner som skall tryggas med tanke på försörjningsberedskapen samhällets tekniska infrastrukturer, transport-, upplagrings- och distributionssystemen, livsmedelsförsörjningen, energiförsörjningen, social- och hälsovården samt produktion och upprätthållande av system som stöder det militära försvaret. Enligt statsrådets principbeslut om trygghet av samhällets livsviktiga funktioner är de strategiska uppgifter som ankommer på handels- och industriministeriet energiförsörjningen, livsmedelsförsörjningen (delvis) samt industri- och serviceproduktionen. Aktörer som är centrala för försörjningsberedskapen och förvaltningen är nyckelpersonerna inom energiproduktionen och distributionen, livsmedelsproduktionen, handeln och distributionen, livsviktig industri- och serviceproduktion samt ämbetsverken.

Det praktiska genomförandet av försörjningsberedskapen grundar sig på samarbete mellan det allmänna och näringslivet. I detta avseende finns Försörjningsberedskapscentralen och försvarsekonomiska planeringskommissionen (FEP) administrativt inom HIM:s förvaltningsområde. FEP:s centralsektion beslöt vid sitt möte den 1 december 2005 att skicka en beredskapsanvisning rörande influensapandemier till FEP:s sektorer

och pooler samt direkt till ledningarna för företagen av första viktighetsklass (ca 1 300). Anvisningen bygger på social- och hälsovårdsministeriets åtgärdsbeskrivning. Sektorerna och poolerna har ombetts beakta anvisningen samt vid behov komplettera distributionen och ge företagen ytterligare anvisningar. Anvisningen har också publicerats på Försörjningsberedskapscentralens webbplats för allmän användning vid företagens riskkartläggning av verksamheten och beredskap.

Syftet med anvisningen är att företagen beaktar fågelinfluensa- och pandemihotet i sin egen riskkartläggning. Hotet blir en del av företagets normala riskanalys av verksamheten och på så sätt granskas dess verkningar som en helhet med avseende på företagets verksamhet. Då beaktar man hotets eventuella inverkan på råvaruanskaffningen, upprätthållandet av nödvändiga verksamhetsprocesser under omfattande sjukdom bland personalen, säkerställandet av slutprodukternas produktsäkerhet, marknadens reaktioner, kundinformationen osv. Försvarekonomiska planeringskommissionen ordnar sektorvis utbildnings- och övningsverksamhet enligt behov.

Försörjningsberedskapscentralen står i egenskap av försvarekonomiska planeringskommissionens sekretariat i fortlöpande kontakt med aktörerna inom de företag som är med i planeringskommissionens organisation och den offentliga sektorn (bl.a. dagligvaru-, olje- och elförsörjningsbranscherna), och följer därvid beredskapens tillstånd och utveckling. Det har konstaterats att beredskapen utvecklas bra. Dessutom har Försörjningsberedskapscentralen avtalat att Statens ekonomiska forskningscentral (VATT) med hjälp av en input-output-modell har kört makroekonomiska prognoser för verkningarna av arbetskraftens frånvaro. Se kapitlet 6.2.

Inom handels- och industriministeriets förvaltningsområde förbereder man sig som en del av den offentliga sektorns normala beredskapsskyldighet på att kunna trygga ämbetsverkens oundgängliga funktioner i en influensapandemisituation. Ministeriets informationsenhet samarbetar som ett led i sin normala verksamhet med andra ministeriers informations- och kommunikationsenheter och med förvaltningsområdets informations- och kommunikationsansvariga, och förbereder sig därvid på att effektivisera informations- och kommunikationsverksamheten.

Arbetsministeriet

En av arbetsförvaltningens livsviktiga funktioner även i en pandemisituation är att hjälpa andra förvaltningsområden att skaffa fram arbetskraft och styra den till skötseln av samhällets livsviktiga funktioner. Utgångspunkten för tryggheten av samhällets funktioner är att alla förvaltningsområden i sina beredskapsplaner har beaktat även att reservera personal för samhällets livsviktiga funktioner, att organisera funktionerna, även förflyttning av arbetskraft från mindre viktiga uppgifter till samhällets livsviktiga funktioner osv. Även för arbetsförvaltningens del har saken beaktats i ministeriets och arbetskraftsbyråernas beredskapsplaner.

Inom arbetsförvaltningen har man i enlighet med beredskapsplanerna utarbetat anvisningar och berett organisationen: processerna för styrning av arbetskraften har slagits fast, mindre viktiga arbeten upphör i enlighet med situationen, man har funderat på reservpersonsarrangemang, man har kommit överens om förlängda arbetsskift och skiftarbetsarrangemang osv. Dessutom utökas förvaltningens interna information och kommunikation och informations- och kommunikationsberedskapen höjs så att det vid varje TE-central och arbetskraftsbyrå finns en informations- och kommunikationsansvarig i beredskap. Arbetsförvaltningen bedömer att med hjälp av arrangemang enligt dessa planer kan samhällets livsviktiga funktioner tryggas för arbetsförvaltningens del trots att 25-35 % av arbetstagarna skulle vara sjuka under pandemivågorna.

Det är social- och hälsovårdsministeriet som ansvarar för rekryteringen av mera personal till hälso- och sjukvården medan arbetsministeriet ger stöd i enlighet med sina egna planer. Vid arbetskraftsbyråerna utses vissa personer som från tidigare är insatta i saken att sköta rekryteringen av i synnerhet hälso- och sjukvårdspersonal och verksamheten koncentreras till de större byråerna som har hälso- och sjukvårdsinrättningar inom sitt område.

I tryggandet av arbetsförvaltningens egen verksamhet ingår också att säkerställa att det finns personal på flyktingförläggningarna som tryggar deras verksamhet. Till denna del blir man tvungen att ty sig till frivillig personal och hjälp från bl.a. Finlands Röda Kors.

Miljöministeriet

Miljöförvaltningens beredskapsåtgärder koncentreras på att upprätthålla förvaltningsområdets funktionsförmåga under en influensapandemi. Dessutom förbereder sig miljöförvaltningen på att ge andra förvaltningsområden sakkunnighjälp bl.a. i frågor som ansluter sig till vattentjänster, behandling av avloppsvatten och avfallshantering.

Miljöministeriet säkerställer att förvaltningsområdets ämbetsverk (Finlands miljöcentral, SYKE och de regionala miljöcentralerna) har tillräckliga kunskaper för att undvika eventuella miljörisker i samband med en pandemisituation. Dessutom fattar ministeriet nödvändiga beslut och ger den underlydande förvaltningen anvisningar. Genom vikariearrangemang förbereder sig miljöministeriet på en eventuell pandemisituation i synnerhet när det gäller kritiska uppgifter. Särskilt viktiga nyckelpersoner och yrkesgrupper i en pandemisituation är ministeriets ledning och ledningens sekreterare, dataadministrationens anställda, de som arbetar med att bekämpa miljöhot och -skador, EU-samarbetsgruppen och informations- och kommunikationspersonalen. Funktionsdugligheten hos miljöförvaltningens egna kommunikations- och informationskanaler utvärderas och säkerställs så bra som möjligt på förhand med tanke på olika situationer.

Upprätthållandet av den datatekniska infrastrukturen vid förvaltningsområdets ämbetsverk tryggas genom samarbete mellan Finlands miljöcentral, Västra Finlands miljöcentral (Vasa) och miljöministeriet.

Miljöministeriet förbereder sig på att med stöd av lagen om miljöförvaltningen förordna miljöcentralerna att sköta uppgifter utanför deras verksamhetsområden samt att ålägga dem andra uppgifter (3 § 1 mom. och 4 § 3 mom.). Finlands miljöcentrals beredskapsgrupp ser över vikariekedjorna och kontrollerar att beredskapen i övrigt är tillräcklig. Finlands miljöcentral sköter vid behov med specialarrangemang de kritiska uppgiftsområdena som är miljöskadejour och bekämpning av olje- och kemikalieolyckor i anslutning därtill, sakkunnighjälp när det gäller vattentjänster, upprätthållande av den datatekniska infrastrukturen inom miljöförvaltningen, och gränsvattenärenden i fråga om regleringen av Enare och avtappningarna i Saimen. Vid de regionala miljöcentralerna är den viktigaste saken att säkerställa att de personer som sköter centrala uppgifter kan fortsätta sin verksamhet. Till dessa personer hör direktörerna och enhetscheferna samt de sakkunniga som måste konsultera andra myndigheter t.ex. när en miljöolycka inträffar.

Miljöcentralerna styr och övervakar skötseln av vattentjänsterna (bruks- och avloppsvattenärenden) samt avfallshanteringen i enlighet med miljötillståndsvillkor och föreskrifter. I sin egen verksamhet prioriterar miljöcentralerna de väsentligaste uppgifterna, som är styrning och övervakning, övervakning av och rapportering om miljöns tillstånd, upprätthållande av lägesbilden, information (som stöder den riksomfattande informationen) samt samarbete inom regionen.

12.4 Andra organisationer och frivilligverksamhet

12.4.1 Finlands Röda Kors

Finlands Röda Kors ser till att man kan ge hjälp och att verksamheten fortsätter under normala förhållanden, vid störningstillstånd under normala förhållanden och vid undantagsförhållanden. I sin beredskap iakttar FRK samma verksamhetsprinciper som myndigheter och offentliga samfund. FRK upprätthåller materiell beredskap och ger beredskapsutbildning. Syftet med FRK:s verksamhet och dess stadgar har fastställts genom lag (238/2000) och förordning (811/2005).

FRK:s organisation omfattar 12 regionala kretsar och 593 avdelningar. Vid varje FRK-avdelning finns en kontaktperson som ansvarar för alarmeringen vid akuta olycks- eller andra speciellsituationer i hemlandet.

I organisationens verksamhet deltar yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, vilka kan utnyttjas för upplysning och handledning av befolkningen, t.ex. hälsokampanjer (hygien, undvikande av risker, minskning av smittorisken). I FRK:s förstahjälputbildning deltar varje år ca 100 000 personer. I en pandemisituation kan FRK snabbt öppna en riksomfattande jourtelefon, tfn 0203 66 266 och vid behov ha jour 24 t/dygn. Via telefonen kan man erbjuda krishjälp och ge hälsorådgivning. Frivilliga har utbildats i att svara i telefonen. De frivilliga får stöd av FRK:s psykologberedskapsgrupp samt FRK:s yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. FRK:s frivilliga kan också fungera som stöd för offentliga socialtjänster, t.ex. mattransporter, omsorg om ensamma personer eller personer i glesbygden, i evakueringssituationer eller vid bistående av hälso- och sjukvårdspersonalen (t.ex. vaccinationer).

Enligt avtalet mellan FRK och arbetsministeriet kommer TE-centralerna och FRK-distrikten överens om Röda Korsets andel i beredskapen i området för mottagningen av asylsökande i en normalsituation eller vid omfattande invandring. En del av FRK-distrikten har utarbetat mera långgående planer för inrättandet av flyktingförläggningar. Förläggningarna kan lämpa sig som karantänlokaler vid en epidemi. Organisationen kan vid behov stödja kommunen vid rekryteringen av personal både i det skede på lokalerna inrättas och i karantänfasen. I fråga om de förnödenheter och den skyddsutrustning som förläggningarna behöver överenskomms särskilt med myndigheterna.

FRK:s fältsjukhus på allmänsjukhusnivå kan användas för att ordna vård av 160 patienter. Från sin internationella reserv rekryterar FRK till fältsjukhuset de yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, de logistiker och den tekniska personal som är inte är bundna till sina egna arbetsplatser.

På Finlands Röda Kors centralbyrå har man gjort en bedömning av den personal som kommer att behövas. För att garantera de tjänsterna man utlovat måste ca 40-50 personer av centralbyråns anställda vara tillgängliga och lika många av distriktens anställda, dvs. sammanlagt ca 100 anställda. Dessutom kan organisationen rekrytera tusentals frivilliga.

Blodtjänsten är en del av Finlands Röda Kors verksamhet. Dess åtgärder i anslutning till pandemiberedskapen beskrivs i avsnitt 12.1.4.

12.4.1 Kyrkor

Kyrkorna och andra religiösa samfund spelar en viktig roll för att upprätthålla den mentala kristaligheten.

Enligt grunderna för den evangelisk-lutherska kyrkans beredskapsplanering skall kyrkan under alla förhållanden trygga skötseln av det andliga livet och den andliga verksamheten samt sköta om de tjänster församlingen erbjuder, i synnerhet den samhälleliga serviceuppgiften i anslutning till begravningen av avlidna. Krisnätverkens uppgift är att säkerställa att ingen lämnas ensam. Sjukhussjälavårdarna samarbetar med hälso- och sjukvårdspersonalen på sjukhusen. Självvårdande och annan samtalshjälp får man från kyrkans Samtalstjänst eller genom att ta kontakt med en församlingsarbetare, präst eller diakoniarbetare. Församlingarna har också väntjänst och sorgegrupper. Se också www.evl.fi / Livssituationer / Till den som behöver hjälp.

12.4.3 Frivilligorganisationer

Frivilligorganisationerna utgör en betydande resurs vid handhavandet av olyckor och andra specialsituationer. De kan bistå i olika underhållsuppgifter och transporter. Finlands Röda Kors koordinerar 47 organisationers Frivilliga räddningstjänst (Vapepa), där de deltagande är utbildade och utrustade för bistå myndigheterna. Vapepa ordnar bl.a. nödinkvartering, kläder, bespisning, rådgivning och andligt stöd. Vapepas nätverk omfattar hela landet och man har 1 400 larmgrupper och ca 20 000 frivilliga. Till Vapepa hör vägtjänst-, idrotts-, försvars-, räddnings-, förstahjälpen- och kvinnoorganisationer. (Bilaga 11)

13 INFORMATION OCH KOMMUNIKATION

Samarbete med WHO och EU behandlas i kapitel 8.1.

13.1 Kommunikation och information

Informationen och kommunikationen under den tid som omedelbart föregår pandemin och under pandemin kan karakteriseras som krisinformation och -kommunikation. Informationen och kommunikationen är en del av krisledningssystemet och den är med i alla de processer där information överförs, saker överenskoms och beslut genomförs. Krisinformationen och -kommunikationen lyckas bara om den är systematisk, integrerad i ledningen av specialsituationer och följer överenskomna spelregler, som hela organisationen känner till.

13.1.1 Principer för intern information

I en krissituation framhävs den interna informationens betydelse. Organisationens ledning anger vem som ansvarar för informationen och kommunikationen i en krissituation samt vilka experter som hjälper informations- eller kommunikationsenheten med att sköta informationen och kommunikationen. Under normala förhållanden informerar varje expert sitt eget område, men i en specialsituation kan det vara klokt att koncentrera informationen och kommunikationen till vissa personer, att ge krisen ett ansikte. Man måste åtminstone se till att de uppgifter som olika personer ger om saken har samma innehåll.

Information och kommunikation är interaktiv verksamhet och inbegriper också att de sakkunniga informerar sina chefer om saker som är av betydelse för skötseln av krisen och dessa i sin tur sina egna chefer ända upp till den högsta politiska ledningen. Avdelnings- och enhetscheferna håller hela personalen ajour om vad som har gjorts och görs för att sköta situationen och vem som ansvarar för olika funktioner. Alla som arbetar inom organisationen skall veta till vem olika förfrågningar eller kontakter från journalister skall styras. I en krissituation hinner man inte längre utreda vem som är ansvarig.

Lyckad information och kommunikation i krissituationer baserar sig på väl planerad och skött information och kommunikation under normala förhållanden. I krissituationer skapar man inte längre nya verksamhetssystem, utan de organisationer som finns under normala förhållanden effektiviserar sin verksamhet när krisen framskrider.

13.1.2 Mål för informationen till befolkningen

Vid en omfattande epidemi som berör hela befolkningen stödjer informationen och kommunikationen ledningen av handhavandet av epidemin och upprätthållandet av samhällets grundläggande funktioner och målet är också att befolkningen skall klara sig så bra som möjligt såväl fysiskt som psykiskt.

När hotet om en influensapandemi ökar (WHO fas 3–5) samt under en pandemi (WHO fas 6) är de centrala uppgifterna för informationen och kommunikationen att

- fördröja smittspridningen genom att ge anvisningar om hygien och skydd
- fördröja smittspridning till Finland via personer som kommer från eventuella geografiskt avgränsade pandemilarmområden
- stödja de sjuka så att de söker sig till behörig vård och att ge anvisningar för vård i hemmet

- ge befolkningen detaljerade anvisningar om vaccinationer som berör hela befolkningen
- upprätthålla samhällets funktionsförmåga genom att ge information och anvisningar som stödjer en förnuftig verksamhet samt genom att förhindra oändamålsenliga reaktioner
- förhindra spridning av rykten och felaktiga uppgifter
- hålla upp humöret på befolkningen och följa hur sinnesstämningarna utvecklas

Förutsättningen för att man skall klara av en pandemi är att medborgarna bibehåller sitt förtroende för myndigheternas verksamhet. En av de viktigaste förtroendeskapande faktorerna är en lyckad information och kommunikation. I en pandemisituation har den information som myndigheterna förmedlar exceptionellt stor betydelse. Informationen skall vara

- sanningsenlig
- tillräcklig
- lättillgänglig
- förståelig och entydig
- enhetlig och konsekvent
- rättidig
- finnas tillgänglig på finska, svenska, engelska, delvis även på ryska
- beakta olika målgrupper, deras situation och behov

När man förbereder sig på informationen och kommunikationen framskrider man i enlighet med Världshälsoorganisationens (WHO) pandemilarm (faserna 3–5) och pandemifas (fas 6) så att informations- och kommunikationsåtgärderna utökas i enlighet med en på förhand utarbetad plan när man övergår från en fas till en annan.

13.1.3 Informations- och kommunikationsansvar

Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för planeringen och styrningen av informationen och kommunikationen i anslutning till ett pandemilarm och en pandemi i samarbete med förvaltningsområdets inrättningar, i synnerhet Folkhälsoinstitutet.

Varje ministerium ansvarar för det egna förvaltningsområdets pandemiinformation. Man kommer överens om de systematiska samarbetsrutinerna mellan ministeriernas kommunikations- och informationsenheter och anvisningarna fogas till respektive ministeriums beredskapsplan för pandemiinformation.

Informations- och kommunikationsansvaret vilar alltid på samma instans som ansvaret för ledningen av verksamheten. Om ansvaret för ledningen av pandemiberedskapen och pandemisituationen överförs från social- och hälsovårdsministeriet till statsrådet (kapitel 8), överförs även informations- och kommunikationsansvaret till statsrådets kanslis kommunikationsenhet.

I en pandemisituation framhävs betydelsen av den lokala informationen. Medborgarna måste få mycket detaljerade direktiv om hur de ska agera och information om t.ex. vårdplatser. Sådan information måste man få så nära som möjligt, helst från den egna kommunen.

Länsstyrelserna, sjukvårdsdistrikten och hälsocentralerna ansvarar för att regionala och lokala pandemiinformationsplaner ingår i beredskapsplanerna.

13.1.4 Målgrupper för informationen och kommunikationen

- 1) befolkningen
- 2) yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården
- 3) medierna i hemlandet och utomlands
- 4) respektive förvaltningsområdes egen personal (intern information och kommunikation)
- 5) olika intressentgrupper

I de olika pandemilarmfaserna och under själva pandemin måste informationen och kommunikationen enligt behov riktas till mycket små, skraddarsydda målgrupper. Särskilda målgrupper i de olika pandemilarmfaserna kan vara t.ex. resenärer som anländer till eller lämnar landet.

13.1.5 Informations- och kommunikationskanaler

- 1) medierna
- 2) internet
- 3) text-TV
- 4) telefonrådgivning
- 5) svar på brev och e-post från medborgarna
- 6) tryckt information t.ex. till varje hem, skola eller arbetsplats
- 7) betalda annonser

Medierna

Medierna är det viktigaste redskapet för informationen till medborgarna, så samarbetet med medierna är synnerligen viktigt. Medierna hålls ajour i de olika faserna av situationen genom att den information som under normala förhållanden riktas till dem effektivteras. Förutom pressmeddelanden och information över nätet ordnas i pandemifasen dagliga informationsmöten för medierna vid ett bestämt klockslag. Vid behov håller regeringen gemensamma informationsmöten och ministerierna dessutom egna informationsmöten.

Om pandemisituationen kräver att sammankomster begränsas, kan informationsmötena sändas över nätet. För journalisterna kan också ordnas diskussioner per telefon med experter.

Medierna anvisas också att följa WHO:s webbplats, där uppgifterna om pandemisituationen i hela världen uppdateras. För journalisterna har WHO på sin webbplats publicerat guiden "What every journalist should know about influenza". WHO uppdaterar guiden vid behov.

Ministeriernas kommunikations- och informationsenheter ansvarar för att deras förvaltningsområde har planer för att betjäna medierna i de olika pandemilarm- och pandemifaserna. I planerna förbereder man sig på behovet av extra personal vid kommunikations- och informationsenheter samt säkerställer att nödvändiga substansexperter har utsetts till samarbetspartner för informationen och medierna.

Statsrådets kanslis kommunikationsenhet ser till att ministeriernas kommunikations- och informationsenheter har tillgång till gemensamma lokaler med behörig teknik för ordnandet av både ministeriernas gemensamma och separata informationsmöten.

Myndighets- och nödmeddelanden

Medierna följer aktivt samhällets agerande under pandemilarmet och pandemin samt rapporterar mycket mångsidigt om det. I vissa situationer kan det också bli aktuellt att skicka ut myndighets- eller nödmeddelanden.

Det är Rundradions uppgift att förmedla myndighetsmeddelanden både vid störningstillstånd under normala förhållanden och i lindrigare undantagsförhållanden än krig. Radio Suomi och Radio Vega är Rundradions viktigaste kanaler med tanke på myndigheternas regionala verksamhet. Deras nät kan delas upp för landskapsvisa utsändningar. Också TV:n har stor betydelse, även om radion är det främsta redskapet.

Ett nödmeddelande kan skickas ut när det föreligger omedelbart hot om förlust av människoliv eller betydande egendomsskador. YLE skickar ut nödmeddelanden via alla sina kanaler. De förmedlas också samtidigt via de kommersiella radiostationerna och publiceras i mån av möjlighet i TV-kanalerna. Ett nödmeddelande avbryter alla pågående program.

Andra myndighetsmeddelanden kan utfärdas när faran inte är alldeles överhängande. Meddelandena läses upp så snabbt som möjligt i Radio Suomi och Radio Vega samt i de kommersiella radiokanaler dit myndigheten har skickat meddelandet.

Internet

Redan när pandemilarmet nått faserna 4 eller 5 framhävs internets – i fortsättningen nättjänstens – betydelse, eftersom man via den snabbt kan förmedla aktuell information till en bred målgrupp. Detta förutsätter att belastningskapaciteten hos olika aktörers nättjänster har höjts tillräckligt och att det finns reservsystem för nättjänstsystemen, vilka tryggar en oavbruten verksamhet. I den egentliga pandemifasen är nättjänsten det främsta informationssättet.

Varje myndighet upprätthåller och uppdaterar uppgifterna om det egna området i sin nättjänst och förser sina webbplatser med länkar till andra myndigheternas webbplatser. Statsrådet åter lägger ut en samlingssida via vilken man kommer till olika aktörers webbplatser.

Det är inte motiverat att samla all information i en nättjänst, eftersom under en pandemi kommer servrarna att användas av verkligt många och om informationen sprids ut på olika servrar garanterar det att den är tillgänglig.

De olika aktörerna måste testa nättjänsternas belastningskapacitet och vid behov utarbeta planer för att förbättra den.

I Folkhälsoinstitutets nättjänst finns information både för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och medborgarna. I samband med verkställandet av pandemiplanen utreds behovet av en nättjänst som är avsedd endast för expertbruk och som fungerar med användaridentifikation och lösenord, ett extranät.

För att minska belastningen på såväl nättjänsten som telefonservicen läggs det ut sidor med frågor och svar, som uppdateras fortlöpande i enlighet med situationen.

För att säkra upprätthållandet av nättjänsten effektiveras uppdateringskunnandet med hjälp av utbildning, eftersom det för närvarande är alltför få som behärskar det.

Text-TV

Text-TV är en bra kanal för informationsförmedling, i synnerhet om internetförbindelserna kraschar. Social- och hälsovårdsministeriets informationsenhet utreder tillsammans med YLE hur information om en influensapandemi kunde ges via text-TV.

Telefonrådgivning

Under en pandemi måste medborgarna kunna lita på att den politiska ledningen och myndigheterna leder verksamheten effektivt. En väl skött telefonrådgivning ökar befolkningens förtroende för myndigheternas agerande.

Exempelvis erfarenheterna av tsunamin visade att i en krissituation är en lyckad telefonrådgivning i en nyckelposition. Trots att information och anvisningar finns att få på webben, i medierna och på annat sätt, frågar en del människor efter direktiv per telefon. Alla har inte internetförbindelse hemma och när man själv eller en familjemedlem är sjuk går det inte att söka sig till internetförbindelser på andra ställen. Nätförbindelserna kan också vara avbrutna, så i brådskande fall måste man få informationen någon annanstans.

En pandemi orsakar störningar på olika samhällsområden, och människorna behöver information och råd om hur de skall agera i problemsituationer. Råd och hjälp kan behövas även från andra förvaltningsområden än social- och hälsovården. Dessa anvisningar borde man få i sin egen kommun. Det största trycket från telefonförfrågningar riktas mot hälsocentralerna och de måste i sina egna beredskapsplaner fästa särskild uppmärksamhet vid telefonrådgivningens förmåga att svara på medborgarnas behov.

I samband med statsrådets kansli färdigtställs i februari 2006 lokaler för telefonrådgivning till medborgarna. I lokalerna finns möjlighet att svara på 8–10 samtal åt gången; avsikten är att senare utvidga tjänsten så att samtal kan kopplas direkt från servicenumret till ministerietjänstemännens arbetsrum. Lokalerna kan tas i användning varje gång som det behövs effektiviserad information och telefonrådgivning för medborgarna i någon sak.

De experter som är verksamma vid ministerierna och inom deras förvaltningsområden kan inte frigöras från annat arbete som rör handhavandet av situationen för telefonrådgivning, utan för den måste anställas utomstående personer eller så måste telefonrådgivningen köpas från andra ställen, t.ex. organisationer. Finlands Röda Kors har god beredskap att ordna fram personer för telefonrådgivning i pandemifrågor. För telefonsvararna ordnas snabbutbildning och de har tillgång till färdiga förteckningar över frågor och svar samt vid behov möjlighet att konsultera experter.

Varje ministerium ansvarar för att också skötseln av samtal från medborgarna har beaktats i förvaltningsområdets beredskapsplan både under pandemilarmet och under en pandemi.

Brev och e-postmeddelanden från medborgarna

Under en pandemi mångdubblas antalet brev och i synnerhet e-postmeddelanden som medborgarna skickar till olika myndigheter. Enligt lagen om förvaltningsförfarande måste brev och e-post från medborgarna besvaras.

Också under en pandemi måste man försöka svara på medborgarnas meddelanden. Responsen från medborgarna i form av samtal, brev och e-post måste föras vidare på överenskommet sätt inom den egna organisationen så att den vid behov kan beaktas när verksamheten planeras och styrs.

Informationsmaterial som utarbetats på förhand

Informationen, anvisningarna och rekommendationerna på webbplatserna uppdateras hela tiden. Dessutom måste man förbereda sig på effektiviserad information, t.ex. utskickande av anvisningar till alla hem eller utdelning till skolor, arbetsplatser osv. För detta ändamål utarbetas material i så gott som tryckfärdigt skick, så att materialet kan uppdateras i överensstämmelse med senaste information innan det skickas ut.

Varje ministerium överväger tillsammans med det egna förvaltningsområdet vilket slags förhandsmaterial som man eventuellt behöver och ser till att materialet utarbetas.

Folkhälsoinstitutet bereder tillsammans med social- och hälsovårdsministeriet nödvändigt material om hälso- och sjukvården. Beredningen förutsätter nödvändiga resurser.

Betald reklam

Fastän medierna behandlar pandemin ur olika synvinklar kan det också behövas betald reklam i tidningar, radio och TV. En betald annons kommer i fråga i synnerhet när befolkningen behöver ges detaljerade anvisningar om hur de skall agera och uppträda.

13.1.6 Information till yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården

Folkhälsoinstitutet ansvarar för rådgivningen till och handledningen av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. På sin webbplats har institutet en avdelning som är avsedd för yrkesutbildade personer. Institutet kan också öppna rådgivningstelefoner i anslutning till influensan för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Folkhälsoinstitutets epidemiinformation beskrivs närmare i bilaga 12.

För att den information som förmedlas om pandemin till olika intressentgrupper skall vara enhetlig och konsekvent, måste samarbetet mellan olika aktörer vara systematiskt och friktionsfritt.

13.1.7 Informations- och kommunikationsresurser

Effektiverad information kräver tilläggsresurser på alla verksamhetsnivåer: arbetstagar, utrustning och pengar.

Personal

Vid ministerierna och inom deras förvaltningsområden samt vid länsstyrelserna kan man i någon mån få fram extra arbetskraft för informationen och kommunikationen genom att prioritera uppgifter och flytta arbetstagare till informationsuppgifter inom ministerierna eller förvaltningsområdena.

För telefonrådgivningen och för att svara på brev och e-post, oberoende av var det sker, krävs det tillräckligt med personer.

Både inom sjukvårdsdistrikten och vid hälsocentralerna utgör skötseln av informationen till både medborgarna och medierna en utmanande uppgift, eftersom det inte finns yrkesutbildad informationspersonal vid ens tillnärmelsevis alla enheter. Då framhävs experternas informationsansvar.

När personalresurserna planeras måste man beakta att en stor del av experternas arbetsinsats binds till skötseln av informations- och kommunikationsuppgifter, både självständigt, t.ex. expertintervjuer, och som kommunikations- och informationsenheternas substansexperter.

Det krävs utbildning för att personal skall kunna flyttas till andra uppgifter. Kommunikations- och informationsenheternas hela personal behöver, tillsammans med den övriga personalen, utbildning uttryckligen i specialfrågor som hänför sig till pandemier.

Utrustning

Effektiverad information kräver extra kapacitet, t.ex. när det gäller internet. I en kris-situation måste myndigheterna ha tillgång till ett system som

- kan betjäna ett stort antal besökare i situationsituationer
- kan publicera nytt material snabbt
- hela tiden är produktionssäkert
- återhämtar sig hastigt från störningar
- erbjuder en kanal även för förvaltningsområdets ämbetsverk

Internets funktionssäkerhet berör förutom informationen och kommunikationen även ledningen och skötseln av hela situationen. I dag förmedlas en allt större del av den information som är nödvändig för verksamheten via nätet. Bland andra EU:s, WHO:s och ECDC:s (Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar) informationssystem är uppbyggda på nätet.

I krissituationer blir mobiltelefonnäten hastigt överbelastade. Också telefonförbindelserna måste i mån av möjlighet säkerställas på förhand.

Pengar

Det måste reserveras tillräckligt med pengar för informationen och kommunikationen, t.ex. för att köpa tjänster av reklambyråer samt för produktion och utdelning av olika slags material och för betald reklam. Man måste också förbereda sig på att betala för övertidsarbete.

13.1.8 Uppföljning av informationen och kommunikationen

Under pandemin och efter den utvärderas hur förhandsplanerna genomfördes och överlag hur väl verksamheten lyckades och var det skulle ha funnits utrymme för förbättringar. Man måste se till att uppföljning av informationen och kommunikationen ingår i dessa planer.

13.2 Intern information

För kommunikationen mellan myndigheterna har utvecklats myndighetsnätet (VIRVE). Det är ett digitalt radiotelefonnät som bygger på TETRA-standarden och som täcker hela Finland. Systemet gör det möjligt att upprätta synnerligen snabba förbindelser mellan olika myndigheter med hjälp av på förhand planerade talgrupper. Nya talgrupper kan dessutom bildas snabbt enligt behov. Också individsamtal och gruppmeddelanden är möjligt. Gruppsamtalen är ett snabbt och effektivt sätt att dela ut anvisningar och information och myndighetsnätet lämpar sig därför utmärkt för informationsutbyte bl.a. i en pandemisituation. Talgrupperna är uppbyggda med tanke på både normala och undantagssituationer och de kan användas i enlighet med hela landets eller regionala behov. Statliga och kommunala myndigheter som garanterar säkerheten och de organisationer som ingått samarbetsavtal med dem är godkända som användare av VIRVE-terminalerna.

För att myndighetssamarbetet skall lyckas är det nödvändigt att alla som är berättigade att använda VIRVE skaffar en terminal och använder den. Kunskapen om hur telefonen skall användas upprätthålls bäst genom daglig användning.

14.1 Den gällande lagstiftningen om smittsamma sjukdomar

Befogenheterna och skyldigheterna enligt lagen om smittsamma sjukdomar (583/1986) är centrala och för förvaltningens del tillräckliga med tanke på bekämpningen av en eventuell influensapandemi. Skyldigheter har föreskrivits för alla förvaltningsnivåer samt sakkunniga inom den offentliga hälso- och sjukvården: social- och hälsovårdsministeriet, länsstyrelsen, kommunen, Folkhälsoinstitutet och sjukvårdsdistrikten. Myn-digheterna är skyldiga att vidta snabba åtgärder om befolkningen hotas av en smittsam sjukdom som motsvarar definitionen på allmänfarliga smittsamma sjukdomar. Myn-digheternas beslut kan verkställas genast oberoende av underställande eller ändrings-sökande.

I lagen föreskrivs också om styrning och sakkunniga, vilkas uppgifter behandlas närmare i kapitel 8.2.

När brådskande åtgärder är nödvändiga för att förhindra att en smittsam sjukdom som utgör ett allvarligt hot mot befolkningens hälsa kan social- och hälsovårdsministeriet och inom länet länsstyrelsen fatta nödvändiga beslut om dem. Genom beslutet kan sådana åtgärder som tillämpas i samband med allmänfarliga smittsamma sjukdomar vidtas för viss tid.

Kommunerna skall inom sina områden organisera bekämpningen av smittsamma sjukdomar som en del av folkhälsoarbetet. Enligt folkhälsolagen handhas verkställigheten av folkhälsoarbetet av ett av kommunen utsett kollegialt organ. I lagen om smittsamma sjukdomar kallas detta det organ som ansvarar för bekämpningen av smittsamma sjukdomar.

En kommun har möjlighet att ordna de uppgifter som hör till social- och hälsovården genom att sköta verksamheten själv, genom avtal tillsammans med en annan kommun eller andra kommuner, genom att vara medlem i en samkommun som sköter verksamheten eller genom att anskaffa service från staten, en annan kommun, en samkommun eller någon annan offentlig eller privat serviceproducent.

Enligt detta kan kommunen komma överens om att ordna bekämpningsarbetet mot smittsamma sjukdomar tillsammans med en grannkommun eller grannkommunerna när den t.ex. inte har en enda läkare i tjänsteförhållande. Då får kommunen sakkunskap från grannkommunens läkare med ansvar för smittsamma sjukdomar. Ärendet föredras av en tjänsteman från den egna kommunen, som inte behöver vara läkare.

Situationen inom sjukvårdsdistriktet kan vara sådan att det inte har någon läkare med ansvar för smittsamma sjukdomar eller så klarar det inte annars ensamt av den situation som influensapandemilarmet eller pandemin orsakar. Då kan det ingå avtal med en annan samkommun (sjukvårdsdistrikt) eller kommun om vården av infektionspatienter. Om man inte når ett avtal, kan statsrådet bestämma att ett avtal skall ingås.

Vid hälsocentralerna finns en läkare med ansvar för smittsamma sjukdomar som är skyldig att utreda arten och utbredningen av en misstänkt eller konstaterad smittsam sjukdom samt att vidta nödvändiga åtgärder för förhindrande av att sjukdomen sprids. Dessutom sköter han information, hälsofostran och hälsorådgivning inom hälsocentralens verksamhetsområde. Han skall sörja för att den som har insjuknat eller misstänks ha insjuknat i en allmänfarlig smittsam sjukdom blir undersökt och får vård samt meddela anvisningar för förhindrande av smitta.

Om spridningen av sjukdomen inte kan förhindras med hjälp av dessa åtgärder, kan det kommunala organ som ansvarar för bekämpningen av smittsamma sjukdomar förordna att den som har insjuknat i sjukdomen eller som med fog misstänks ha insjuknat skall utebli från sitt förvärvsarbete eller sin dagvårdsplats eller från en läroanstalt.

Den som har insjuknat i en allmänfarlig smittsam sjukdom eller som med fog misstänks ha insjuknat kan isoleras på en sjukvårdsanstalt om risken för att sjukdomen skall sprida sig är uppenbar, och spridning av sjukdomen inte kan förhindras med hjälp av andra åtgärder eller den som saken gäller inte kan eller vill underkasta sig sådana andra åtgärder som behövs för förhindrande av sjukdomen.

Den som har insjuknat i en allmänfarlig smittsam sjukdom kan på isoleringsplats oberoende av sin vilja ges sådan vård som är nödvändig för förhindrande av att sjukdomen sprids.

Dessutom när brådskande åtgärder är nödvändiga för att förhindra spridningen av en smittsam sjukdom som är allmänfarlig eller som uppfyller kriterierna för en sådan och utgör ett allvarligt hot mot befolkningens hälsa, kan social- och hälsovårdsministeriet och inom länet länsstyrelsen eller det kommunala organ som ansvarar för bekämpningen av smittsamma sjukdomar för viss tid förordna en person i karantän som utsatts eller som med fog kan misstänkas ha utsatts för en farlig smittsam sjukdom, men som på grund av sitt hälsotillstånd inte behöver sjukhusvård. Karantänplatsen kan vara t.ex. personens hem, ett hotell eller en flyktingförläggning. Målen för och innehållet i verksamheten beskrivs närmare i kapitel 10.2.

En person kan förordnas i karantän även mot sin vilja. Han eller hon kan förordnas i karantän för högst en månad. I praktiken kan karantänbeslutet fattas för nödvändig tid, t.ex. en vecka eller två veckor beroende på sjukdomens inkubationstid. Förvaltningsdomstolen kan på framställning av den myndighet som fattat beslutet förlänga tiden i karantän med högst två månader, om kriterierna fortfarande föreligger och den skall hävas omedelbart när kriterierna inte längre föreligger. Beslut om hävande fattas av den läkare vid hälsocentralen som ansvarar för smittsamma sjukdomar.

I brådskande fall kan den läkare som vid hälsocentralen ansvarar för smittsamma sjukdomar besluta om bl.a. förordnande i karantän, frånvaro från arbetet, frånvaro från dagvårdsplats eller läroinrättning och isolering. Beslutet skall genast för fastställelse underställas det kommunala organ som ansvarar för bekämpningen av smittsamma sjukdomar.

I en influensapandemisituation kan det kommunala organ som ansvarar för bekämpningen av smittsamma sjukdomar bestämma att bostäder och vårdinrättningar inom dess område skall isoleras samt att läroanstalter och daghem skall stängas, förbjuda tillställningar som samlar folk eller utfärda restriktioner gällande dessa. Det kan också bestämma att rengöring och desinficering skall genomföras.

Om länsstyrelsen, det kommunala organ som ansvarar för bekämpning av smittsamma sjukdomar eller den läkare som vid hälsocentralen ansvarar för smittsamma sjukdomar konstaterar att spridningen av en allmänfarlig smittsam sjukdom inte effektivt kan förhindras på något annat sätt skall polisen på begäran av dessa organ lämna handräckning.

Enligt lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) är undersökning och behandling av allmänfarliga smittsamma sjukdomar och läkemedel som ordinerar för behandlingen samt isolering av den som har eller misstänks ha insjuknat i en sjukvårdsanstalt avgiftsfria hälsovårdstjänster. För kommunen är vaccinerna avgiftsfria.

Den som för förhindrande av spridning av smittsam sjukdom fått förordnande att utebli från sitt förvärvsarbete eller att hållas isolerad eller i karantän har rätt att få dagpenning enligt sjukförsäkringslagen. Samma rätt har vårdnadshavare, om barn under 16 år av ovan nämnd orsak skall hållas hemma och vårdnadshavaren av denna anledning är förhindrad att arbeta. Utöver den dagpenning som avses i 1 mom. har den som saken gäller rätt att få ersättning för förlorad inkomst.

I den regeringsproposition som gäller den ändring av lagen om smittsamma sjukdomar som trädde i kraft 1.12.2006 har det bedömts att i en situation där passagerare i internationell trafik måste förordnas i karantän bör staten svara för kostnaderna för arrangemanget.

Den behandlade läkaren är i första hand ansvarig för att en patient som insjuknat i en allmänfarlig eller anmälningspliktig sjukdom och andra som eventuellt har smittats undersöks och får vård. Om den behandlande läkaren inte själv kan vidta åtgärderna, skall uppdraget överföras på den läkare som vid hälsocentralen eller sjukvårdsdistriktet ansvarar för smittsamma sjukdomar.

Läkare och laboratorier är skyldiga att göra anmälan om fall av allmänfarliga och anmälningspliktiga smittsamma sjukdomar. Denna anmälningsskyldighet omfattar också en influensa som klassificerats som allmänfarlig under pandemilarmet och under den egentliga pandemin. Folkhälsoinstitutet upprätthåller det riksomfattande registret över smittsamma sjukdomar. Anmälningsförfarandet och registreringen regleras noga i lagen med hänsyn till datasäkerheten.

För bekämpning av en epidemi som utgör ett direkt hot mot folkhälsan samt för behandling av den smittsamma sjukdomen samt dess följsjukdomar kan social- och hälsovårdsministeriet fatta beslut om att avvika från bestämmelserna i läkemedelslagen (395/1987) och tillåta användningen av ett läkemedelspreparat är tillåten utan försäljningstillstånd beviljat av Läkemedelsverket eller en institution inom Europeiska unionen.

Från sjukhusapotek och läkemedelscentraler kan expedieras läkemedelspreparat till andra verksamhetsenheter inom social- och hälsovården utan i 62 § i läkemedelslagen avsett tillstånd av Läkemedelsverket och en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvården kan överlämna de läkemedel som behövs till en person som besökt mottagningen.

Folkhälsoinstitutet skall sörja för att vacciner, antikroppar och undersökningsämnen som används för förebyggande av smittsamma sjukdomar finns tillgängliga i tillräcklig mängd, följa effekten och verkningarna av vacciner som används för förebyggande av smittsamma sjukdomar, samt vidta åtgärder för att utreda konstaterad eller misstänkt vaccineringskomplikation och sörja för att de vacciner som avses i 25 § distribueras som sig bör.

När betydelsen av smittsamma sjukdomar ökar måste man inom hälso- och sjukvården förbättra beredskapen att i tid ingripa i sådana omständigheter som förhindrar spridningen av smittsamma sjukdomar, uppkomsten av mikrobstammar som är resistenta mot antimikrobiska läkemedel och sjukhusinfektioner. Exempelvis länsstyrelserna kan i sina tillståndsvillkor för privata serviceproducenter förutsätta en tillräckligt hög hygienivå. Den kommunala tjänsteman som inspekterar ovan nämnda serviceproducenters verksamhetslokaler bör fästa uppmärksamhet vid detta. Det behövs mera allmänna anvisningar. Skyldighet att meddela sådana finns redan.

Den gällande beredskapslagen (1080/1991) ålägger kommunerna och statliga myndigheter att genom beredskapsplaner och andra åtgärder säkerställa en så störningsfri verksamhet som möjligt under undantagsförhållanden. Begreppet storolycka har inte omfattat beredskap för epidemier av smittsamma sjukdomar lika klart som beredskap för mekaniska, kemiska eller strålningsolyckor. Behovet av att förbereda sig på biologiska hot har ökat först på senaste tid.

14.2 Arbetslagstiftningen

Arbeterskyddslagen (738/2002) fastställer minimikraven på arbetsförhållandena och god arbetskyddsverksamhet på arbetsplatserna. Det är fråga om en allmän lag som gäller allt arbete.

Med stöd av arbetskyddslagen har utfärdats statsrådets beslut om val och användning av personlig skyddsutrustning i arbetet (1407/1993) samt statsrådets beslut om personlig skyddsutrustning (1406/1993).

Lagen om tillsynen över arbetarskyddet och om arbetarskyddssamarbete på arbetsplatsen (44/2006) reglerar bl.a. arbetsskyddsinspektörens och arbetarskyddsfullmäktigens rättigheter.

I arbetarskyddslagen föreskrivs också om biologiska agenser i arbetet. Den förutsätter att arbetstagarnas exponering för biologiska agenser som medför olägenheter eller risker för säkerheten eller hälsan skall begränsas så att agenserna inte medför olägenheter eller risker för arbetstagarnas säkerhet eller hälsa eller reproduktiva hälsa. Med stöd av denna punkt i arbetarskyddslagen har utfärdats statsrådets beslut om skydd för arbetstagare mot risker vid exponering för biologiska agenser i arbetet (1155/1993) och social- och hälsovårdsministeriets beslut om klassificering av biologiska agenser (229/1998).

I ovan nämnda författningar anges arbetsgivarens skyldigheter, t.ex. bestämmande och utredning av risker, åtgärder för att minska riskerna, personlig skyddsutrustning, information och undervisning för arbetstagarna, anmälningar till behöriga myndigheter, förteckningar över exponerade arbetstagare, beredskapsplaner för den händelse att den fysiska isoleringen sviker samt samarbetsfrågor mellan arbetsgivare och arbetstagare vid behandlingen av ärenden som omfattas av dessa författningar. Arbetsgivarens skyldigheter är delvis beroende av den biologiska agensens riskklassificering. I social- och hälsovårdsministeriets nuvarande beslut (229/1998) är influensa A-virus klassificerat som hörande till den lindrigare grupp II som orsakar sjukdom hos människor. I ovan nämnda statsrådsbeslut (1155/1993) föreskrivs också att arbetsgivaren skall bekosta vaccineringar för exponerade eller eventuellt exponerade arbetstagare.

Motåtgärderna skall grunda sig på arbetsplatsvis riskbedömning som arbetsgivaren ansvarar för, liksom även för åtgärder för att minska riskerna. Allmänna skyddsåtgärder går framom individuella.

Om hälsogranskningar inom företagshälsovården som skall utföras på grund av biologiska agenser bestäms i lagen om företagshälsovård (1383/2001) och den med stöd av den utfärdade statsrådets förordning om hälsoundersökningar i arbete som medför särskild fara för ohälsa (1485/2001).

Behovet av hälsogranskningar grundar sig på den bedömning av risker och men som gjorts på arbetsplatsen. När exponeringsrisk har konstaterats skall första undersökningar och periodiska undersökningar göras. Enligt statsrådets förordning (1485/2001, 5 §) är syftet med hälsoundersökningarna att

- 1) hälsoriskerna i arbetsförhållandena identifieras och information skaffas fram för att bekämpningsåtgärder skall kunna vidtas,
- 2) arbetstagarens exponering samt sådana ändringar i funktionsförmågan och hälsotillståndet som sannolikt förorsakas av denna utreds,
- 3) utreda vilka verkningar hälsotillståndet eller förändringarna i hälsotillståndet har på arbetstagarens lämplighet för arbetet,
- 4) arbetstagaren informeras om hälsoriskerna i arbetet och anvisningar ges om bekämpningen av olägenheterna,
- 5) arbetstagaren hänvisas till undersökningar och vård när yrkessjukdom misstänks och
- 6) verkningarna av arbetarskyddsåtgärder och av andra ändringar följs.

Arbetstidslagen (605/1996) föreskriver om bl.a. de anmälningar som skall göras till arbetarskyddsmyndigheterna i särskilda situationer.

Kommunala arbetsmarknadsverket har samlat författnings- och avtalsmaterial som gäller arbetarskydd och arbete i en pandemisituation i anvisningar för arbetsgivarna inför en eventuell pandemi. Promemorian hittas på Kommunala arbetsmarknadsverkets webbplats: www.kuntatyonantajat.fi med sökordet pandemi.

14.3 Bedömning av behovet av att ändra lagstiftningen

När ändringsbehovet bedöms är strävan att man skall kunna handla så effektivt som möjligt inom ramen för den normala lagstiftningen vid bekämpningen av smittsamma sjukdomar. Även när den normala lagstiftningen gäller borde social- och hälsovårdsministeriet och länsstyrelserna i en pandemisituation ha möjlighet att bestämma om tillfälliga ändringar när det gäller ordnandet av social- och hälsovårdstjänster. Sannolikt skulle det vara fråga om en fullmakt som sällan behövs. En ändring av lagen om smittsamma sjukdomar som gäller detta borde beredas. Beredskapslagen ålägger den offentliga sektorn, hälso- och sjukvården inberäknad, att genom förhandsförberedelser säkerställa att deras uppgifter kan skötas så störningsfritt som möjligt också vid undantagsförhållanden. Förutom undantagsförhållanden har det på senaste tid betonats att förberedelserna också bör gälla särskilda situationer. En omfattande epidemi som orsakas av en farlig smittsam sjukdom vore en sådan situation.

14.3.1 Distribution av och avgiftsfrihet för läkemedel

I en pandemisituation är det epidemiologiskt motiverat att patienten får de läkemedel som han eller hon behöver och som finns lagrade i statens säkerhetsupplag avgiftsfritt från det verksamhetsställe inom hälso- och sjukvården där diagnosen ställs. Det är inte motiverat att den som är sjuk går från influensamottagningen till apoteket och på så sätt eventuellt främjar spridningen av epidemin.

14.3.2 Den läkare som ansvarar för smittsamma sjukdomar och andra arbetstagare i olika avtalsförhållanden

I lagen och förordningen om smittsamma sjukdomar ingår uppgifter för den läkare vid hälsocentralen som ansvarar för smittsamma sjukdomar och som lyder under det kommunala organet. Detta ansvar kan åläggas endast tjänsteläkare och därför skall en sådan kommun som inte har en enda läkare anställd ingå avtal med en grannkommun om hur arbetet för att bekämpa smittsamma sjukdomar skall skötas i samarbete eller om köp av sakkunnigtjänster från en grannkommun eller någon enskild.

Vid hälso- och sjukvårdscentralerna arbetar med stöd av olika avtal sådana personer som inhyrda läkare, självständiga yrkesutövare och studerande. I arbetsavtalen bör beaktas att arbetet skall fortsätta även under undantagsförhållanden och i särskilda situationer.

14.3.3 Humansmitta av fågelinfluensaviruset A/H5N1

I förordningen om smittsamma sjukdomar fogas till förteckningen över allmänfarliga smittsamma sjukdomar humanfall orsakade av influensa A/H5N1-virus som orsakat fågelinfluensaepidemier. Förberedelserna för detta har inletts vid social- och hälsovårdsministeriet. Vid behov måste också en eventuell annan subtyp av influensavirus som orsakar en pandemi senare klassificeras som en allmänfarlig smittsam sjukdom.

14.3.4 Den privata hälso- och sjukvårdens beredskapsskyldigheter

Lagen om privat hälso- och sjukvård innehåller en sådan möjlighet att länsstyrelsen kan förutsätta villkor som är nödvändiga för att trygga patientsäkerheten och som gäller mängden tjänster, de anställda, lokaliteterna, anordningarna och tillbehören samt arbetsmetoderna. Man har också diskuterat att föreskriva om beredskapsskyldighet även för stora privata hälso- och sjukvårdsenheter, t.ex. sjukhus.

14.3.5 Bestämmelserna om icke-brådskande vård

Folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård innehåller bestämmelser om intagning för vård. För icke-brådskande fall har det fastställs en maximitid inom vilken vårdbehovet skall bestämmas och en maximitid inom vilken vården skall påbörjas.

I en pandemisituation kan man kanske inte hålla dessa tider, eftersom det finns så många patienter som behöver akut vård att bedömningen av vårdbehovet och påbörjandet av vården i andra, icke-brådskande fall måste uppskjutas. För detta ändamål borde det i bägge lagarna nämnas att ett stort antal patienter som kräver brådskande vård ger kommunen och sjukvårdsdistriktet rätt att utfärda nya temporära anvisningar om intagning för icke-brådskande vård. Detta skulle gälla ett sjukvårdsdistrikt eller en kommun, eftersom situationen inte nödvändigtvis berör hela landet samtidigt.

I förslaget till ny beredskapslag har man beaktat att det under undantagsförhållanden kan uppstå överraskande situationer där hälso- och sjukvårdskapaciteten inte räcker till för att sköta alla uppgifter som sköts under normala förhållanden. Av denna orsak kan man genom förordning av statsrådet avvika från de tidsfrister för icke-brådskande vård som anges i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård.

14.3.6 Beredskapslagen

Befogenheterna i beredskapslagen kan tillämpas endast under undantagsförhållanden. Under undantagsförhållanden har statsrådet en betydande mängd sådana rättigheter som det inte har under normala förhållanden. I syfte att trygga befolkningens hälsovård får man utfärda föreskrifter för sjukvårds- och forskningsanstalter, hälsocentraler, läkemedelsfabriker, läkemedelspartiaffärer, apotek samt dem som levererar hälsovårdsförnödenheter eller tillhandahåller hälsovårdstjänster. Arbetskraften kan inriktas enligt behov och användningen av den styrs.

I den nuvarande beredskapslagens definition av undantagsförhållanden ingår inte influensapandemi eller någon annan stor epidemi. En influensapandemi anses inte heller inom gränserna för tolkningen av den nuvarande lagen utgöra en sådan med en storolycka jämförbar situation som gör att beredskapslagen skulle träda i kraft. När pandemin framskrider kunde de ekonomiska verkningarna eventuellt leda till att lagen träder i kraft, men inte heller den grunden har ansetts särskilt sannolik.

Beredskapslagstiftningen revideras som bäst. Avsikten är att beredskapslagen skall börja överensstämma med kraven i grundlagen från 2000 och att se över myndigheternas befogenheter. Den med tanke på en influensapandemi viktigaste ändringen är att en pandemi jämföras med en storolycka. Ett mycket exceptionellt störningstillstånd skulle också uppstå om en situation som hänför sig till WHO:s pandemilarmfas 5 inträffar i Finland. Då behövs det eventuellt undantagsförfaranden redan innan den egentliga pandemin bryter ut.

För att trygga arbetskraften under undantagsförhållanden kan statsrådet enligt både den gällande och den föreslagna nya beredskapslagen bestämma att varje i Finland bosatt person som har fått utbildning för hälsovårdsområdet eller som annars är lämplig att arbeta inom området är skyldig att utföra uppgifter som han med hänsyn till sin utbildning och erfarenhet kan utföra. Enligt den nuvarande lagen gäller bestämmelsen 17–64-åringar och enligt förslaget 18–68-åringar.

För den privata hälso- och sjukvården skulle det behövas skyldighet att förbereda sig på undantagsförhållanden och särskilda situationer, t.ex. en farlig sjukdomsepidemi. Enligt den föreslagna nya beredskapslagen skall skyldigheten att förbereda sig med beredskapsplaner och andra förberedelser fortfarande gälla endast den offentliga sjukvården. Bestämmelser om beredskapen inom andra privata områden ingår i lagarna om den. I lagen om privat hälso- och sjukvård ingår dock ingen beredskapsskyldighet. Även

den privata hälso- och sjukvården borde vara beredskapsskyldig, eftersom den utgör en hela tiden växande del av hälso- och sjukvården.

Enligt förslaget till ändring av beredskapslagen skall förflyttningen av hälso- och sjukvårdsenheter och ändringar i verksamheten under undantagsförhållanden omfattas av länsstyrelsens behörighet på länets område, medan social- och hälsovårdsministeriet skall ha möjlighet att fatta beslut om förflyttningar och ändringar i verksamheten som gäller läkemedelsfabriker, läkemedelspartiaffärer, apotek, enskilda näringsidkare som levererar hälsovårdsförnödenheter eller tillhandahåller hälsovårdstjänster eller annars är verksamma inom hälsovårdsområdet. Enligt förslaget skall behörigheten delegeras från statsrådet till social- och hälsovårdsministeriet och länsstyrelsen.

VERKSTÄLLANDE AV DEN NATIONELLA PANDEMIPLANEN, BEREDSKAPSÖVNINGAR, UTVÄRDERING OCH UPPDATERING

Beredskapen enligt den nationella pandemiplanen förutsätter åtgärder på alla förvaltningsområden. Den högsta myndighet som ansvarar för beredskapen vid respektive ministerium är kanslichefen. Beredskapschefs- och kanslichefsmötet spelar en central roll för koordineringen och samordningen av de olika förvaltningsområdenas åtgärder. Social- och hälsovårdsministeriet kan om man så vill tillsätta en arbetsgrupp för att stödja och styra verkställandet av planen inom social- och hälsovårdens verksamhetsområde. Arbetsgruppen skall samarbeta nära med Folkhälsoinstitutets pandemiarbetsgrupp och med den delegation för smittsamma sjukdomar som finns vid SHM samt med delegationen för hälso- och sjukvården under undantagsförhållanden. Social- och hälsovårdsministeriet ser till att man förfogar över tillräckligt med personresurser för att styra verkställandet inom social- och hälsovårdens verksamhetsområde och för att stödja och följa utarbetandet av beredskapsplaner inom andra förvaltningsområden.

Social- och hälsovårdsministeriet och Folkhälsoinstitutet följer den globala pandemi-situationens utveckling samt beredskapen på internationell nivå (inom internationella organisationer, världsomspännande och regionala organisationer samt enskilda länder). Social- och hälsovårdsministeriet följer i samarbete med beredskapschefsgruppen med hur den nationella beredskapen utvecklas.

Varje ministerium ansvarar för att beredskapen framskrider på det egna området och ser till att beredskapsplaner för de enskilda förvaltningsområdena som är mera detaljerade än denna plan har utarbetats. Beredskapsmålen skrivs i tillämpliga delar in i resultatavtalen mellan ministerierna och deras underlydande inrättningar och förvaltningsenheter, varvid tillsynen över deras genomförande blir en del av inrättningarnas årliga verksamhet.

Den regionala beredskapen leds och koordineras av länsstyrelserna, som stödjer sig på sjukvårdsdistriktens sakkunskap när det gäller beredskapen inom hälso- och sjukvården. De uppdaterar sina egna beredskapsplaner så att de överensstämmer med den nationella planen och säkerställer att planerna för hälso- och sjukvården inom det egna området (sjukvårdsdistrikten och hälsocentralerna) samt övriga förvaltningsområdets och kommunernas planer är förenliga med dessa.

Ett viktigt sätt att säkerställa att beredskapsplanerna fungerar består i att testa dem genom övningar. Under 2005 har det hållits två stora beredskapsövningar där man har testat beredskapen för en pandemisituation på nationell nivå. En beredskapsövning med tanke på fågelinfluensa för att testa ledningssystemets funktionsduglighet hölls i mars 2006 och en influensapandemiövning i april 2006. De erfarenheter som dessa gett om problem med beredskapen har utnyttjats när denna plan utarbetats.

När planerna på länsnivå har uppdaterats, är det skäl att testa deras funktion genom en övning där man särskilt följer länsstyrelsernas verksamhet och verksamheten hos de olika förvaltningsområdenas regionala nivåer. Utgående från denna övning uppdateras den riksomfattande planen vid behov och den reviderade planen skall testas genom en riksomfattande beredskapsövning.

Varje ministerium kontrollerar att planen är ajour i fråga om de saker som hör till det egna förvaltningsområdet minst en gång om året och bereder nödvändiga ändringar. Uppdaterings- och ändringsbehov kan uppstå snabbare än enligt den årliga utvärderingsprocessen till följd av förändringar i pandemisituationen eller det internationella

beredskapsläget. Respektive ministerium godkänner endast ändringar som gäller det egna förvaltningsområdet. Ändringsbehov som inverkar väsentligt på den nationella planen och verksamheten inom andra förvaltningsområden presenteras för beredskapschefsmötet. Sedan ministerierna och beredskapschefsmötet godkänt ändringarna skrivs de in i den officiella versionen av den nationella pandemiplanen. På så sätt kan planen uppdateras enligt behov och om man så vill i fråga om bara enskilda delområden eller t.o.m. åtgärder. Med hjälp av kanslichefsgruppens utvärderings- och godkännandeförfarande kan man å andra sidan garantera att de olika ministeriernas åtgärder är förenliga.

16 FORTSATTA BEREDSKAPSÅTGÄRDER

16.1 Beredskapsplaner

Statsrådets kansli säkerställer att alla förvaltningsområden samarbetar kring beredskapen för och bekämpningen av fågelinfluensan och en influensaepidemi.

Alla ministerier ser till att de kommunala, regionala och riksomfattande beredskapsplanerna uppdateras så att de omfattar beredskap för en influensapandemi och att det finns ekonomiska, juridiska och andra förutsättningar för beredskapsåtgärderna.

Alla ministerier sköter det egna förvaltningsområdets beredskapsplanering med beaktande av den kunskap som ingår i denna beredskapsplan och som senare måste uppdateras och som gäller åtgärder med vilkas hjälp spridningen av influensa kan fördröjas och de skador som den orsakar kan begränsas i pandemins olika utvecklingsfaser.

Kontinuiteten i samhällets livsviktiga funktioner förutsätter förvaltningsområdesvis prioritering samt förhandsplanering av ersättande system. I beredskapsplaneringen beaktas att 25–35 % av arbetskraften kan vara frånvarande från arbetet på grund av egen sjukdom i 1–2 veckors tid under ca 2–3 månader. Frånvaron från arbetet kan öka bl.a. på grund av vård av sjukt barn eller någon annan familjemedlem eller vård i hemmet av barn som eventuellt måste stanna hemma från daghemmet eller skolan. Det är möjligt att frånvaron hopas ortsvis till de 2–3 livligaste veckorna av pandemitoppen.

I beredskapsplanerna behandlas handhygien och hygien i samband med hosta samt i mån av möjlighet ökad socialt avstånd på arbetsplatser, i inrättningar och allmänna lokaler. Möjligheterna att tillfälligt distansarbete bör utredas i branscher som lämpar sig för det. (kapitel 7.1 och bilaga 3).

Social- och hälsovårdsministeriets beredskapsenhet inleder förberedelser för att skapa situationsledningsberedskap för ledningscentralen. De behövliga avtalen om överföring av personalen inom förvaltningsområdet utarbetas. Social- och hälsovårdsministeriet upprättar en pandemikoordineringsgrupp då det förutsätts av en störningssituation som orsakas av ett pandemihot eller av att WHO deklarerar att pandemin har brutit ut.

Länsstyrelserna styr, koordinerar och övervakar regional beredskapsverksamhet och bekämpning av influensapandemi på sitt område. Länsstyrelserna säkerställer att företagshälsovård inkluderas som en aktiv aktör i de regionala och lokala pandemiplanerna. Länsstyrelserna skall skapa register över privata serviceproducenter och yrkesutövare inom hälso- och sjukvården och säkerställa kontakterna till den privata hälso- och sjukvården.

Sjukvårdsdistriktena förbereder i samarbete med länsstyrelserna och kommunerna de regionala beredskapsplanerna inom hälso- och sjukvården. Länsstyrelserna, sjukvårdsdistriktena och kommunerna sörjer för att det finns tillräckliga förutsättningar för de åtgärder som beskrivs i planerna.

Kommunerna och hälsocentralerna upprättar sina egna beredskapsplaner i anseende till samarbete med den privata hälso- och sjukvården och frivilligorganisationer i den lokala planeringen. När anbudsbegäran och avtal om externaliserade tjänster utarbetas bör kommunen beakta att de säkerställer funktionssäkerheten även i biologiska hotsituationer och andra katastrofsituationer.

Planerna testas i beredskapsövningar som speciellt riktas till de delar av pandemiberedskapsplanerna som är problematiska med tanke på samarbetet mellan förvaltningsområdena eller andra fastställda utvecklingsföremål.

16.2 Lagstiftning

Justitieministeriet har berett en reform av beredskapslagen. Där definieras en utbredd farlig smittsam sjukdom som kan jämföras med en synnerligen allvarlig storolycka som ett undantagsförhållande. Social- och hälsovårdsministeriet har berett en regeringsproposition i syfte att lyfta ut paragraferna om statsgaranti ur beredskapslagen så att transporter som är livsviktiga för Finland kan tryggas även under förhållanden som är lindrigare än de situationer som anges i beredskapslagen.

Social- och hälsovårdsministeriet har berett ändringar i lagen och förordningen om smittsamma sjukdomar i syfte att införa karantänbefogenheter och definiera humanfall av influensa A/H5N1 som uppträder under pandemilarmfaserna 3–5 som en allmänfarlig smittsam sjukdom. De ändringar som gäller karantän har redan godkänts i riksdagen.

Social- och hälsovårdsministeriet bereder en sådan reform av folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård (icke-brådskande vård) att det skapas förutsättningar för framgångsrik pandemibekämpning.

16.3 Kostnader

Social- och hälsovårdsministeriet utreder hur de stora kostnader som en pandemi förorsakar skall fördelas mellan staten och kommunerna.

Social- och hälsovårdsministeriet utreder hur karantänkostnaderna skall allokeras. Kostnader uppstår vid karantänfall, till följd av inkomstbortfall, vårdavgifter, anställande av extra personal, läkemedels- och vaccinkostnader, utrustning och skydd, lokaler, utbildning, ökat behov av socialförsäkring och annan social trygghet.

16.4 Epidemiologisk övervakning samt anvisningar

Folkhälsoinstitutet och Stakes förbättrar den epidemiologiska övervakningen av influensa genom att förbättra statistiken över anlitande av hälso- och sjukvården, utveckla registret över smittsamma sjukdomar och bygga upp en givarcentralverksamhet så att de lokala, regionala och riksomfattande hälso- och sjukvårdsmyndigheterna kan få tillgång till aktuell och tillförlitlig information med hjälp av webbt teknik.

På nätet upprätthåller Folkhälsoinstitutet anvisningar som ansluter sig till övervakningen av influensasituationen, konstaterandet av fall och hälso- och sjukvårdspersonalens pandemibekämpning liksom anvisningar i anslutning till detta område som är nödvändiga för medborgarna.

16.5 Förhindrande av smittspridning

Folkhälsoinstitutet utreder användningen av karantän och de informationshanteringsförfaranden som övervakningen av exponerade förutsätter.

Social- och hälsovårdsministeriet bereder i samarbete med Läkemedelsverket, Försörjningsberedskapscentralen och Folkhälsoinstitutet ett beslutsförfarande, genom vilket man i pandemifasen kan börja reglera användningen av antivirala läkemedel när läkemedel finns att få bara i säkerhetsupplag.

Sjukvårdsdistrikten och hälsocentralerna utarbetar regionala och lokala pandemiplaner så att man inom vårdkedjan undviker smitta vid mottagning, transport och placering av patienter i alla pandemifaser.

Social- och hälsovårdsministeriets arbetarskyddsavdelning och hälsoavdelning samt Institutet för arbetshygien bereder i samarbete med Folkhälsoinstitutet och andra berörda instanser verksamhetsprinciper och nödvändiga anvisningar om arbetarskydd och företagshälsovård i händelse av en pandemi så att de är förenliga med den övriga hälso- och sjukvården.

16.6 Resursförstärkning och kompetensökning

I tilläggsbudgeten för slutet av 2006 har sjukvårdsdistrikten anvisats sammanlagt 2,5 miljoner euro som används för utvecklande av beredskapen inför en eventuell pandemi och för utvecklande av den regionala epidemiologiska verksamheten. Regeringens proposition om statsbudgeten för 2007 innehåller ett anslag på 2 miljoner euro till sjukvårdsdistrikten för samma ändamål.

Sjukvårdsdistrikten, hälsocentralerna och andra arbetsgivare inom hälso- och sjukvården bör i enlighet med arbetarskyddsbestämmelserna ordna information och utbildning om arbetarskydd samt se till att hälso- och sjukvårdsenheterna har tillräckligt med skyddsutrustning.

Social- och hälsovårdsministeriet förbättrar hälso- och sjukvårdspersonalens beredskap att möta en pandemisituation genom att stödja den etiska diskussionen och utarbetandet av anvisningar om vården av smittfarliga patienter.

Undervisningsministeriet och social- och hälsovårdsministeriet bereder i samarbete en plan för utbildning av arbetstagare som rekryterats från andra uppgifter och som deltar i öppen- och sjukvården av influensapatienter samt för beaktande av sådana hot om smittsamma sjukdomar som påminner om en pandemi i grundutbildningen.

Folkhälsoinstitutet och sjukvårdsdistrikten ordnar utbildning som effektiviserar sådant spårande av fall som förutsätts av influensan och flera andra infektionssjukdomar samt bestämmer målen, användningssättet och förutsättningarna för karantän, som de senaste årtiondena använts endast i ringa omfattning, inom primärvården. Länsstyrelserna deltar i ordnandet av utbildning i regional beredskapsplanering i samarbete med sjukvårdsdistrikten och Folkhälsoinstitutet. Folkhälsoinstitutet stöder den regionala utbildningen genom att producera undervisningsmaterial. Detta behandlar spårning av och karantän för infektionsfall.

Institutet för arbetshygien utreder vilken slags skyddsutrustning olika yrkesgrupper behöver samt informerar och utbildar företagshälsovårds- och arbetarskyddspersonalen.

16.7 Materiell beredskap

Social- och hälsovårdsministeriet fortsätter förhandlingarna om inledande av samnordisk vaccinproduktion. I ramarna för statsbudgeten för 2008-2010 ingår ett årligt anslag för att säkerställa köplatsen till specifikt vaccin.

Social- och hälsovårdsministeriet bereder ett beslut om ibruktagande av modellvaccin. Folkhälsoinstitutet bereder också vaccinationskampanjer med modell- och specifikt vaccin (anskaffning och distribution av vaccin, utbildning och anvisningar för hälso- och sjukvårdspersonalen samt information till medborgarna).

Social- och hälsovårdsministeriet, Folkhälsoinstitutet, Institutet för arbetshygien, Läkemedelsverket och Försörjningsberedskapscentralen bedömer behoven av att utöka säkerhetsupplagringen.

Läkemedelsverket i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet skapar förfaranden för att trygga de obligatoriska lagren av vaccin, antivirala läkemedel, mediciner som behövs för att behandla influensakomplikationer samt förnödenheter som används för att förebygga och bekämpa infektioner och för ett kontrollerat ibruktagande av dem i en pandemisituation. För behandling och förebyggande av en pandemisk influensa har till det nationella säkerhetsupplaget skaffats eller så planerar man anskaffningar av antivirala läkemedel och vacciner, eventuellt också vaccinationsutrustning. Med undantag för dessa förnödenheter skall sjukvårdsdistrikten och hälsocentralerna uppskatta sina behov av läkemedel, förnödenheter och skyddsutrustning och sköta om nödvändiga anskaffningar.

Social- och hälsovårdsministeriet har efter att ha hört sakkunniga (TTL, KTL, universitetssjukhus distriktens sakkunniga på infektionssjukdomar) bedömt antalet andningsskydd och ögonskydd som behövs för vården av intensivvårdspatienter i pandemifaserna 4 och 5 och i fas 6. På denna grund skickar social- och hälsovårdsministeriet en rekommendation till sjukvårdsdistrikten. Som fortsatt åtgärder utreder social- och hälsovårdsministeriet eller Institutet för arbetshygien tillsammans med sakkunniga de skydd som behövs för vården av patienter på bäddavdelningar och inom öppenvården. Riksomfattande anvisningar för anskaffningen av sådana kan utarbetas först när utredningsarbetet är klart.

SHM rekommenderar att sjukvårdsdistrikten skaffar ett lager av minst 500 behandlingsdoser oseltamivir för eventuell användning i pandemilarmfaserna 3-5.

Sjukvårdsdistrikten kan förhandla med Försörjningsberedskapscentralen för att få de regionala centraliserade anskaffningarna av förnödenheter och skyddsutrustning att omfattas av det gällande avtalet om säkerhetsupplagring. Då ansvarar sjukvårdsdistriktet för cirkulationen och för att använda eller eventuellt föråldrade förnödenheter ersätts.

Varje hälso- och sjukvårdsenhet kartlägger sina respirator- och intensivvårdsresurser, planerar hur de skall användas i en pandemisituation och gör nödvändiga tilläggsanskaffningar.

16.8 Kommunikation

Ministerierna ser till att de har beredskap för kommunikation och information i anslutning till en pandemi inom det egna förvaltningsområdet. Information, anvisningar och rekommendationer på webbplatserna uppdateras kontinuerligt.

Aktörerna skall testa webbtjänsternas belastningskapacitet och vid behov göra upp planer för att förbättra kapaciteten.

I beredskapsplanerna bör ingå planer för telefonrådgivning. Olika förvaltningsområden måste förbereda sig på effektiverad information och förbereda material för detta.

Ministeriernas beredskapsenheter ser till att Virve-telefonnätet som utvecklats för myndigheternas kommunikation tas i bruk i större utsträckning och att utbildningen i anslutning till det utvidgas och effektiveras.

16.9 Andra fortsatta åtgärder

Social- och hälsovårdsministeriets försäkringsavdelning utreder skadeståndsansvaret i en situation där myndigheterna har godkänt vissa risker i samband med ibruktagandet av produkter (bl.a. läkemedel och vacciner).

Social- och hälsovårdsministeriet fortsätter i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet att reservera karantänlokaler och utarbetar ett avtalsutkast som kan användas när man reserverar förläggningar som karantänlokaler.

Social- och hälsovårdsministeriets arbetarskyddsavdelning bereder tillsammans med arbetsmarknadsparterna frågor om arbetsarrangemang som gäller förvaltningsområdet i de olika pandemifaserna, planer för service som fås från myndigheterna samt informationssamarbetsfrågor i anslutning till saken. Näringslivet sköter också sin beredskap i sina egna forum.

SHM inleder (under familje- och socialavdelningens ledning) socialvårdens pandemiplanering och uppdaterar anvisningarna för psykosocialt stöd.

Rättsskyddscentralen för hälsovården utarbetat anvisningar för hälso- och sjukvårdsenheterna om konstaterande av dödsorsaken i en pandemisituation.

Kommunförbundet ger kommunerna anvisningar om anbudsbegäran och avtal med den privata sektorn eller andra instanser så att kontinuerlig verksamhet garanteras även under undantagsförhållanden, t.ex. i en pandemisituation.

16.10 Internationell verksamhet

Finland stödjer EU:s bekämpningssystem för smittsamma sjukdomar och i synnerhet att ECDC utvecklas till en stark aktör. Finland deltar i informationsutbytet och strävandena efter gemensamma linjer med de andra EU-länderna samt deltar i EU:s gemensamma beredskapsövningar.

Finland är med och stödjer länderna i Sydostasien och Afrika deltar i andra av WHO koordinerade internationella åtgärder i syfte att effektivisera pandemibekämpningen.

BILAGA 1.

Regionala och lokala beredskapsplaner för en influensapandemi – SJUKHUS

När man förbereder sig på en influensapandemi i sjukvårdsdistriktets och sjukhusens lokala beredskapsplaner måste man ta hänsyn till såväl ett stort antal patienter som bekämpning av infektioner. Strävan är att hålla misstänkta influensapatienter åtskilda från andra patienter fram till utskrivningen för att undvika ytterligare smitta. Om det är möjligt bör den personal som sköter influensapatienter inte sköta andra patienter. Detta påverkar placeringen av patienterna och personalens arbetsarrangemang.

Den minneslista som presenteras här är avsedd som hjälp när regionala och lokala beredskapsplaner utarbetas.

Pandemiplanen bör fogas till de befintliga beredskapsplaner som utarbetats för andra undantagssituationer och till de i dem ingående planerna för förhöjd beredskap. Dessa bör också utnyttjas när pandemiplanen utarbetas.

Regionalt samarbete och samarbete mellan olika organisationer är till nytta när planerna utarbetas. Det behövs samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialväsendet. Planerna måste ses över och uppdateras i en pandemisituation och när pandemin framskrider.

I de lokala beredskapsplanerna måste man förbereda sig på följande saker:

- Koordinering av verksamheten

- Det bör finnas en utnämnd pandemichef som ansvarar för koordineringen av infektionsbekämpningen under pandemin
- Sjukhusets ledning och den aktör som ansvarar för den sedvanliga beredskapen för storolyckor bör känna till betydelsen av infektionsbekämpning i en pandemisituation
- För pandemisituationen inrättas en ledningsgrupp, om inte motsvarande ledningsgrupp redan finns. Det normala ledningssystemet iakttas så långt som möjligt. I ledningsgruppen bör i tillämpliga delar finnas företrädare för följande områden:
 - sjukhusdistriktets/sjukhusets ledning
 - infektionsbekämpningsteamet (infektionsläkare, hygienskötare, specialist i klinisk mikrobiologi)
 - företagshälsovården, arbetarskyddsfullmäktigen
 - överläkarna och överskötarna från alla specialiteter
 - röntgen, laboratoriet, patologiska avdelningen
 - transporttjänsterna, akutvården utanför sjukhuset
 - lokalvården, instrumentvården, avfallshanteringen, tvätteriet, bespisningen
 - centrallagret
 - apoteket
 - tekniska enheten
 - telefonväxeln, maskinskrivning, adb
 - anställning
 - informatören/den person som ansvarar för informationen
 - ekonomichefen
 - eventuella andra ansvarsområden
 - länsstyrelsen

- Bekämpning av infektioner

- en plan för utbildning i infektionsbekämpning för alla som arbetar med patienter
- utbildning för avdelningarnas hygienkontaktpersoner så att de kan utbilda resten av personalen

- Omorganisering av verksamheten och användningen av lokaler

- förberedelser för en långvarig undantagssituation, det största trycket varar sannolikt 6–8 veckor
- en plan för avbrytande av icke-brådskande verksamhet och omorganisering av verksamheten
 - t.ex. elektiv kirurgi, dagkirurgi, rehabilitering
- en plan för lokaler för mottagning och bedömning av misstänkta influensapatienter som är separata från de lokaler som används av andra patienter
- en plan för placering av ett stort antal patienter i lokaler som bör vara åtskilda från de lokaler som används av andra patienter (kohortering)
 - helst en separat byggnad/flygel/område
 - helst eget mottagningsområde
 - helst egen ingång
 - inte gemensam ventilation med andra lokaler; minimikrav: stängda dörrar mellan kohortområdet och icke-kohortområdet
 - inga extra inventarier, alla ytor skall vara lätta att rengöra
 - minst en meters avstånd mellan patientsängarna
 - inga gemensamma uppehållsrum
 - reservering av isoleringsrum för patienter som behöver ingrepp som föranleder aerosoler, om möjligt
- en plan för placering av patienter som kräver intensivvård och respiratorvård
 - t.ex. operationssalar och uppvakningsrum som frigörs från den elektiva verksamheten
- en plan för kohortering av sådana patienter som utöver influensa har någon annan infektion som kräver isolering (t.ex. MRSA)
- en plan för transport av influensapatienter till kohorteringslokalerna
- en plan för tydliga skyltar till kohorteringslokalerna
- en plan för var misstänkta influensapatienter skall röntgas
- en plan för reservsjukhuslokaler
- en plan för bäddplatsövervakningen under pandemin

- Intagning av patienter på sjukhus – planer i samarbete med primärvården

- en plan för var, på vilka grunder och vem som sällar patienterna och snabbt fattar beslut om rätt vårdplats: hemmet, öppenvården, hemsjukhus, primärvårdssjukhus, specialistsjukhus
- beredskap för att kriterierna för intagning på sjukhus sannolikt kommer att vara strängare än i en normalsituation
- en plan för övervakning av patienter som vårdas hemma

- Utskrivning av patienter – planer i samarbete med primärvården

- förberedelser så att patientförflyttningar inom sjukhuset eller mellan sjukhus undviks
- en plan för placeringen av sådana patienter som behöver långvarig eftervård på grund av annat än influensa
- en plan för utskrivning av patienter
- en plan för transport av utskrivna patienter

- **Ordnande av personalens arbetsskift så att**
 - infektionsspridning undviks: kohortering av personalen
 - tillräckligt med kunnig personal garanteras på varje arbetsställe
 - alla får tillräckligt med vilotid
- **Anställning – planer**
 - för värvning av extra arbetskraft
 - med beaktande av att personalen kan bli tvungen att arbeta i uppgifter som de inte har tidigare erfarenhet av
 - med beaktande av att det på varje arbetsställe skall finnas personal som kan instruera de andra i hur man skyddar sig
 - för övervakning och koordinering av personalens rörelser så att infektionsspridning undviks: kohortering av personalen
- **Företagshälsovård – planer**
 - för var och hur arbetstagare med luftvägssymtom bedöms
 - för utgivande av antivirala läkemedel i enlighet med anvisningarna
 - för organisering av vaccinationer för personalen
 - för övervakning av frånvaron inklusive tillfälliga arbetstagare
 - för psykologiskt och socialt stöd för personalen
- **Centrallagret – säkerhetsupplagring av förnödenheter**
 - en plan för att garantera att det under en pandemi finns tillräckligt med bl.a.
 - arbets- och skyddsdräkter, skyddshandskar, mun-, näs- och ögonskydd och andningsskydd för personalen
 - desinfektionsmedel som används för desinficering av händerna
 - desinfektionsmedel som används för desinficering av huden
 - desinfektionsmedel som används för instrumentvården
 - desinfektionsmedel som används för städningen
 - nålar, sprutor, infusionsutrustning och -vätskor
 - de nuvarande lagren uppskattas
 - uppskattas om det är möjligt att beställa och om det finns utrymme att lagra mera förnödenheter
 - uppskattas i vilken mån lagren måste kompletteras och enligt vilken tidtabell det låter sig göras
- **Läkemedelsförsörjning**
 - en plan för att garantera att det under en pandemi finns tillräckligt med bl.a.
 - antibiotika för behandling av komplikationer, i synnerhet lunginflammation
 - basläkemedel
 - de nuvarande lagren uppskattas
 - uppskattas om det är möjligt att beställa och om det finns utrymme att lagra mera läkemedel
 - uppskattas i vilken mån lagren måste kompletteras och enligt vilken tidtabell det låter sig göras
- **Förvaring av avlidna**
 - beaktande av större dödlighet än vanligt genom att man ser till att det finns tillräckligt med ändamålsenliga utrymmen för förvaringen av avlidna

- Utbildning för personalen i infektionsbekämpning

- de ansvariga läkarna och skötarna görs förtrogna med principerna för infektionsbekämpning
- ledningen för stödtjänstenheterna görs förtrogna med principerna för infektionsbekämpning
- praktiska övningar i användningen av andningsskydd av klass FFP2 och FFP3 för den personal som sannolikt kommer att behöva dem
- praktiska övningar i infektionsbekämpning för hela den personal som arbetar med patienter: i synnerhet handhygien, skydd mot droppar, användning av personlig skyddsutrustning

- Kommunikation/information

- en plan för användning av kommunikation och information i utbildningen i infektionsbekämpning
 - plan för planscher och skyltar avsedda för personalen, patienter och anhöriga
 - plan för användningen av intranät i utbildningen och informationsförmedlingen under en pandemi för att undvika personliga kontakter
- en plan för annan kommunikation inom sjukhuset och information utåt
- utbildning i användning av myndighetsnätet (VIRVE)

BILAGA 2.

Lokala beredskapsplaner för en influensapandemi – PRIMÄRVÅRDEN

När man förbereder sig på en influensapandemi i primärvårdens lokala beredskapsplaner måste man ta hänsyn till såväl ett stort antal patienter som bekämpning av infektioner. Strävan är att hålla misstänkta influensapatienter åtskilda från andra patienter för att undvika ytterligare smitta. Om det är möjligt bör den personal som sköter influensapatienter inte sköta andra patienter. Detta påverkar placeringen av patienterna och personalens arbetsarrangemang.

Den minneslista som presenteras här är avsedd som hjälp när lokala beredskapsplaner utarbetas. Hälsocentralerna bör utarbeta sin plan så att den överensstämmer med den regionala pandemiberedskapsplan som koordineras av sjukvårdsdistriktet och länsstyrelsen.

Pandemiplanen bör fogas till de befintliga beredskapsplaner som utarbetats för andra undantagssituationer och till de i dem ingående planerna för förhöjd beredskap. Dessa bör också utnyttjas när pandemiplanen utarbetas.

Regionalt samarbete och samarbete mellan olika organisationer är till nytta när planerna utarbetas. Det behövs samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialväsendet. Planerna måste ses över och uppdateras i en pandemisituation och när pandemin framskrider.

I de lokala beredskapsplanerna måste man förbereda sig på följande saker:

- Koordinering av verksamheten

- Det bör finnas en utnämnd pandemichef som ansvarar för koordineringen av infektionsbekämpningen under pandemin
- Enhetens ledning bör känna till betydelsen av infektionsbekämpning i en pandemisituation
- För pandemisituationen inrättas en ledningsgrupp, om inte motsvarande ledningsgrupp redan finns. Det normala ledningssystemet iaktas så långt som möjligt. I ledningsgruppen bör i tillämpliga delar finnas företrädare för följande områden:
 - enhetens ledning
 - den läkare och skötare som ansvarar för smittsamma sjukdomar
 - företagshälsovården, arbetarskyddsfullmäktigen
 - alla överläkare och överskötare
 - röntgen, laboratoriet
 - transporttjänsterna, akutvården
 - lokalvården, instrumentvården, avfallshanteringen, tvätteriet, bespisningen
 - centrallagret
 - apoteket
 - tekniska enheten
 - telefonväxeln, maskinskrivning, adb
 - anställning
 - informatören/den person som ansvarar för informationen
 - ekonomichefen
 - eventuella andra ansvarsområden
 - socialväsendet
 - kommunens/samkommunens centrala ledning

- Bekämpning av infektioner

- en plan för utbildning i infektionsbekämpning för alla som arbetar med patienter
- utbildning för hygienkontaktpersonerna så att de kan utbilda resten av personalen

- Omorganisering av verksamheten och användningen av lokaler

- förberedelser för en långvarig undantagssituation, det största trycket varar sannolikt 6–8 veckor
- en plan för avbrytande av icke-brådskande verksamhet och omorganisering av verksamheten
- en plan för lokaler för mottagning och bedömning av misstänkta influensapatienter som är separat från de lokaler som används av andra patienter
- en plan för inrättandet av influensamottagningar
 - antalet influensamottagningar och deras placering måste planeras på förhand
 - mottagningsställena bör vara lättillgängliga
 - planen måste fungera väl i lokala förhållanden
 - på influensamottagningarna: 1. sällas de patienter som hänvisas till läkarmottagning eller sjukhusets akutmottagning och 2. beroende på situationen fattas beslut om patienten skall få antivirala läkemedel och ges läkemedlen åt patienten
 - influensamottagningen bör vara jourliknande, helst öppen dygnet runt, bedömningen där sker snabbt och patientens väntetid är så kort som möjligt
 - innan verksamheten inleds måste personalen få tillräckligt med skydd och utbildas i att använda dem
 - medborgarna måste informeras om de lokala arrangemangen; vid informationen kan man använda medierna, posten, lokal telefonrådgivning och nättjänst (internet)
- hemsjukvård
 - behovet av hembesök ökar, eftersom en del av patienterna är i så dåligt skick att de inte själva förmår söka sig till vård
 - övervakningen av patienter i gott skick som vårdas hemma måste ordnas, helst per telefon
- hemsjukhus
 - behovet av hemsjukhustjänster ökar
- socialvård
 - tillgodosedandet av de grundläggande behoven för dem som vårdas hemma ökar belastningen på socialvårdens funktioner betydligt
- sjuktransport
 - behovet av sjuktransporttjänster ökar
- primärvårdssjukhusen
 - en plan för placering av ett stort antal patienter i lokaler som bör vara åtskilda från de lokaler som används av andra patienter (kohortering)
 - helst en separat byggnad/flygel/område
 - helst eget mottagningsområde
 - helst egen ingång
 - inte gemensam ventilation med andra lokaler; minimikrav: stängda dörrar mellan kohortområdet och icke-kohortområdet
 - inga extra inventarier, alla ytor skall vara lätta att rengöra
 - minst en meters avstånd mellan patientsängarna
 - inga gemensamma uppehållsrum

- reservering av isoleringsrum för patienter som behöver ingrepp som föranleder aerosoler, om möjligt
 - en plan för kohortering av sådana patienter som utöver influensa har någon annan infektion som kräver isolering (t.ex. MRSA)
 - en plan för transport av influensapatienter till kohorteringslokalerna
 - en plan för tydliga skyltar till kohorteringslokalerna
 - en plan för var misstänkta influensapatienter skall röntgas
 - en plan för reservsjukhuslokaler
 - plan för bäddplatsövervakningen under pandemin
- **Intagning av patienter på sjukhus – planer i samarbete med öppenvården och sjukhusen**
 - en plan för var, på vilka grunder och vem som sällar patienterna och snabbt fattar beslut om rätt vårdplats: hemmet, öppenvården, hemsjukhus, primärvårdssjukhus, specialsjukhus
 - beredskap för att kriterierna för intagning på sjukhus sannolikt kommer att vara strängare än i en normalsituation
 - en plan för övervakning av patienter som vårdas hemma
- **Utskrivning av patienter – planer i samarbete med öppenvården och sjukhusen**
 - förberedelser så att patientförflyttningar inom sjukhuset eller mellan sjukhus undviks
 - en plan för placeringen av sådana patienter som behöver långvarig eftervård på grund av annat än influensa
 - inrättande av konvalescentavdelningar: ålderdomshem, andra lokaler än sådana som är avsedda för sjukhusanvändning
 - en plan för utskrivning av patienter
 - en plan för transport av utskrivna patienter
- **Ordande av personalens arbetsskift så att**
 - infektionsspridning undviks: kohortering av personalen
 - tillräckligt med kunnig personal garanteras på varje arbetsställe
 - alla får tillräckligt med vilotid
- **Anställning – planer**
 - för värvning av extra arbetskraft
 - med beaktande av att personalen kan bli tvungen att arbeta i uppgifter som de inte har tidigare erfarenhet av
 - med beaktande av att det på varje arbetsställe skall finnas personal som kan instruera de andra i hur man skyddar sig
 - för övervakning och koordinering av personalens rörelser så att infektionsspridning undviks: kohortering av personalen
- **Företagshälsovård – planer**
 - för var och hur arbetstagare med luftvägssymtom bedöms
 - för utgivande av antivirala läkemedel i enlighet med anvisningarna
 - för organisering av vaccinationer för personalen
 - för övervakning av frånvaron inklusive tillfälliga arbetstagare
 - för psykologiskt och socialt stöd för personalen
- **Centrallagret – säkerhetsupplagring av förnödenheter**
 - en plan för att garantera att det under en pandemi finns tillräckligt med bl.a.
 - arbets- och skyddsdräkter, skyddshandskar, mun-, näs- och ögonskydd och andningsskydd för personalen

- desinfektionsmedel som används för desinficering av händerna
- desinfektionsmedel som används för desinficering av huden
- desinfektionsmedel som används för instrumentvården
- desinfektionsmedel som används för städningen
- nålar, sprutor, infusionsutrustning och –vätskor
- de nuvarande lagren uppskattas
- uppskattas om det är möjligt att beställa och om det finns utrymme att lagra mera förnödenheter
- uppskattas i vilken mån lagren måste kompletteras och enligt vilken tidtabell det låter sig göras

- Läkemedelsförsörjning

- en plan för att garantera att det under en pandemi finns tillräckligt med bl.a.
 - antibiotika för behandling av komplikationer, i synnerhet lunginflammation
 - basläkemedel
- de nuvarande lagren uppskattas
- uppskattas om det är möjligt att beställa och om det finns utrymme att lagra mera läkemedel
- uppskattas i vilken mån lagren måste kompletteras och enligt vilken tidtabell det låter sig göras
- planering av distributionen av antivirala läkemedel och anskaffning av nödvändiga lokaler

- En plan för ordnandet av vaccinationer

- Förvaring av avlidna

- beaktande av större dödlighet än vanligt genom att man ser till att det finns tillräckligt med ändamålsenliga utrymmen för förvaringen av avlidna

- Utbildning för personalen i infektionsbekämpning

- de ansvariga läkarna och skötarna görs förtroga med principerna för infektionsbekämpning
- ledningen för stödtjänstenheterna görs förtroga med principerna för infektionsbekämpning
- praktiska övningar i användning av andningsskydd av klass FFP2 och FFP3 för den personal som sannolikt kommer att behöva dem
- praktiska övningar i infektionsbekämpning för hela den personal som arbetar med patienter: i synnerhet handhygien, skydd mot droppar, användning av personlig skyddsutrustning

- Kommunikation/information

- plan för användning av kommunikation och information i utbildningen i infektionsbekämpning
 - plan för planscher och skyltar avsedda för personalen, patienter och anhöriga
 - plan för användningen av intranät i utbildningen och informationsförmedlingen under en pandemi för att undvika personliga kontakter
- en plan för annan kommunikation inom sjukhuset och information utåt
- utbildning i användning av myndighetsnätet (VIRVE)
- Information för personalen om Call centers

BILAGA 3.

Rekommenderade motgärder som inte baserar sig på användningen av vacciner eller läkemedel

Teckenförklaringar:

J = ja, borde vidtas i denna fas

N = nej, behövs inte i denna fas

Ö = skäl att överväga

ER = ej relevant

Nationella åtgärder i WHO:s pandemiutvecklingsfaser (3–6)

Åtgärder	Pandemilarm		Pandemi	Kommentarer
	Fas 3	Faserna 4 ja 5	Fas 6	
Information till och kommunikation med medborgarna				
Information till medborgarna om smittriskerna och hur de undviks (bearbetas enligt målgruppen)	J	J	J	
Information till yrkesfolk i olika branscher	J	J	J	
Allmän hygieninformation	J	J	J	
Förberedande information om följande fas	J	J	J	
Åtgärder som minskar risken för att sjuka sprider infektionen				
Begränsningar av rörelsefriheten: - (Lindrigt och svårt) sjukas möjligheter att färdas begränsas enligt situationen; medicinsk vård och socialt stöd måste säkerställas	J	J	J	Det behövs en plan för en situation med ett stort antal allvarliga fall
Munnässkydd: - Personer med symtom i lokaler där det finns andra personer	J	J	J	Logistiken måste planeras
- Exponerade personer: i riksbedömningen beaktas bevis på smitta mellan människor, exponeringsnärligheten, eventuellt upprepade exponering	Ö	Ö	Ö	Rekommendationer meddelas utgående från riskbedömningen
- Luftvägsinfektionspatienter som sökt sig till vård i väntrum	J	J	J	Kunskapen bristfällig i synnerhet vad gäller friska personer
Åtgärder som minskar risken för att exponerade sprider infektionen				
Spårning och övervakning av exponerade	J	J	N	Inte möjlig sedan pandemin brutit ut
Frivillig karantän för friska exponerade (hemma) och observation av hälsotillståndet; medicinsk vård och socialt stöd måste säkerställas	N	J	N	Den frivilliga karantänen gäller också exponerade personer med pågående profylax (dess effekt är inte säkerställd)
Bevakning av det egna hälsotillståndet och anmälan om insjuknande, rörelsefriheten begränsas inte	J	Ö	N	Gäller inte exponerade i karantän
Råd till exponerade för att minska det sociala umgänget	N	ER	N	Gäller inte exponerade i karantän. Se också Åtgärder som ökar det sociala avståndet
Exponerade uppmanas att uppskjuta resor till områden där det inte råder en pandemilarmsituation	N	ER	K	Gäller inte exponerade i karantän. Man följer försiktighetsprincipen när det är oklart om smitta överförs mellan människor. Se också Åtgärder mot resor
Antivirala läkemedel åt exponerade i förebyggande syfte	J	J	N	Tidiga aggressiva åtgärder för att hindra pandemiutvecklingen

Åtgärder	Pandemilarm		Pandemi	Kommentarer
	Fas 3	Faserna 4 ja 5	Fas 6	
Åtgärder som minskar det sociala umgänget				
Sjuka personer med luftvägsinfektionssymtom stannar hemma frivilligt	J	J	J	Det behövs åtgärder som minskar risken för att andra medlemmar av samma hushåll smittas
Stängning av skolor och läroinrättningar tillsammans med andra åtgärder (t.ex. begränsningar av fritidsaktiviteter) som minskar barns och ungdomars umgänge	N	Ö	Ö	Dessa gemenskapers betydelse för smittan är beroende av den epidemiologiska situationen
Åtgärder som riktas mot hela befolkningen för att minska vuxnas umgänge (hemförlövning av undgängliga arbetstagare, distansarbete, stängning av arbetsplatser, begränsning av eller förbud mot masstillställningar)	N	Ö	Ö	Beror på vilken betydelse exponering som sker på arbetsplatsen och i andra gemenskaper har för smittan
Munnässkydd i offentliga lokaler	E	E	E	Det finns inga bevis på effekten; tillåts men rekommenderas inte
Åtgärder som minskar dröjsmålet mellan symtom och isolering				
Information för tidig identifiering av egen sjukdom	J	J	J	
Hela befolkningen inom hotområdet mäter själv temperaturen minst en gång om dagen	N	N	N	
Telefonrådgivning för feberpatienter och vid behov hembesök	N	Ö	N	
Separata feberkliniker med behörigt smittskydd	N	Ö	N	
Mätning av febern i offentliga lokaler med distansmätappart	N	N	N	Är inte effektivt, skulle förutsätta vård- och preventiva åtgärder för identifierade personer med feber
Hygien- och desinfektionsåtgärder				
Handtvätt	J	J	J	
Rengöring av kontaminerade ytor i hushållen	J	J	J	
Omfattande desinficering av omgivningen	N	N	N	
Desinficering av luften	N	N	N	
Åtgärder som riktas mot personer som anländer till och lämnar ett pandemiområde inom landet				
Uppmanas att undvika riskmiljöer, t.ex. infekterade fjäderfågårdar och fågeltorg	J	J	J	
Rekommendationer att framskjuta icke-nödvändiga resor till det infekterade området	N	J	J	Om betydande områden inom landet är fria från infektionen
Begränsning av resor mellan infekterade och icke-infekterade områden i landet	N	N	N	Begränsningar av resor anses oändamålsenliga i de flesta länder. Målet uppnås sannolikt på frivillig väg, när befolkningen inser den risk som är förknippad med resor.
Fullständig isolering av området	N	N	N	Anses oändamålsenligt att genomföra
Desinficering av kläder, skor och annan utrustning tillhörande personer som lämnar infekterade områden	N	N	N	Rekommenderas inte för att trygga befolkningens hälsa, men kan krävas av veterinärmyndigheterna för att bekämpa smitta som överförs till djur

Internationella åtgärder

Åtgärder	Pandemilarm	Faserna	Pandemi	Kommentarer
	Fas 3	4 ja 5	Fas 6	
Åtgärder på gränsen mot personer som anländer till eller lämnar landet				
Information till resenärer:				
- Epidemimeddelande	J	J	J	Meddelandet bör anpassas till den pågående fasen. Även om beslutet att resa är personligt, måste det ges tillräcklig information för beslutsfattandet. Resenären kan drabbas av följder för hälsan eller ekonomin
- Det som reser till ett område med en fågelin-fluensaepidemi som orsakats av ett högpatogent virus rekommenderas att undvika fjäderfågårdar och djurtorg	J	J	Ö	
- Det rekommenderas att man framskjuter icke-nödvändiga internationella resor till ett infekterat område	N	J	J	
- Det rekommenderas att man framskjuter icke-nödvändiga internationella resor från infekterade områden	Se sållningsåtgärder			
Åtgärder på gränsen mot internationella resenärer (som anländer till och lämnar ett infekterat område)				
Meddelanden som berättar om hälsorisken för dem som reser till eller lämnar ett infekterat område	N	J	J	WHO förhandlar med behöriga organisationer (t.ex. IATA) för att säkerställa att meddelandena delas ut; WHO stödjer användningen av standardmeddelanden i olika länder
Övervakning av resenärer:				
- Daglig mätning av den egna febern för den som anlänt från ett infekterat område	N	J	J	De som exponerats för säkra fall uppmanas att ge akt på sin hälsa. Karantän kan vara motiverad. Personer som har befunnit sig i samma transportmedel som den infekterade bör spåras och de bör informeras om situationen
- Daglig mätning av den egna febern för den som anlänt till ett infekterat område	N	N	J	
- Kontakt med hälsovården om bestämda symptom yppar sig efter en vistelse i ett infekterat område	J	J	J	
- Rådgivning om tillvägagångssätten om en resenär insjuknar efter en resa till ett infekterat område (skall söka sig till hälso- och sjukvård, nämna resmålet, laboratorieprov); om pandemi-virus upptäcks skall patienten isoleras och fallet anmälas till hälso- och sjukvårdsmyndigheterna, inklusive WHO.	J	J	J	
Ankomstsällning av passagerare som anländer från ett infekterat område				
				Eftersom ingen hälsoynsatta har påvisats tillåts förfarandet (av politiska skäl eller för att öka befolkningens förtroende), men det uppmuntras inte. I stället bör resenärerna få behörig epidemiinformation.
- Sällning av symptom (okulär observation)	N	N	N	Ankomstsällning kan övervägas om landet bedömer att avgångssällningen (se nedan) varit otillräcklig på transportmedlets avgångsort.
- Sällning av dem som hör till riskgruppen med hjälp av resenärernas hälsomeddelande eller en frågeblankett	N	N	N	
- Sällning med hjälp av mätning av febern	N	N	N	
- Medicinsk undersökning	N	N	N	
Ankomstsällning från geografiskt isolerade områden (öar) med ovan nämnda metoder	N	J	N	Genomförbar, kan hindra pandemiruset från att komma till landet. Kan också komma i fråga när kapaciteten hos landets interna övervakningssystem är begränsad
Avgångssällning för alla resenärer från områden där humaninfektioner har konstaterats				Mera genomförd än ankomstsällning för tidig upptäckt av fall
- Sällning av symptom (okulär observation)	N	N	N	Inte möjlig på grund av det stora antalet resenärer

Åtgärder	Pandemilarm		Pandemi	Kommentarer
	Fas 3	Faserna 4 ja 5	Fas 6	
- Sällning av dem som hör till riskgruppen med hjälp av resenärernas hälsomeddelande eller frågeblankett	N	J	J	
- Distansmätning av feber eller mätning av febern i örat	N	J	J	Distansmätning av febern är en mera okänslig och inexact metod men mera genomförbar än mätning av febern i örat
- Lista med reseförbud över isolerade personer eller personer i karantän	N	N	N	Kan vara genomförbar i vissa länder men rekommenderas inte
- Sjuka rekommendation att framskjuta resan	J	J	J	
- Medicinsk undersökning av resenärer som hör till riskgruppen eller har feber	N	N	N	Kan inte genomföras vid gränserna
Åtgärder i länder i vars grannland ett närområde är infekterat och gränsövergången inte kan övervakas på behörigt sätt				
Sjukdomsövervakning och motåtgärder främjas, bl.a. ökat socialt avstånd, karantän och skyddsisolering, genom information till hälso- och sjukvården och befolkningen	N	J	J	WHO meddelar behöriga rekommendationer via sin webbtjänst som kan användas för informationen. Nyttigt för att begränsa rykten
Åtgärder i internationella transportmedel mot passagerare som lämnar ett infekterat område				
Tillråds att berätta om influensaliknande symtom	N	J	J	
Sjuka passagerare placeras i en skild del av transportmedlet (om möjligt)	N	J	J	Alla passagerare på flyg som lämnar ett pandemiområde erbjuds mun-nässkydd
Hälsovårdsmyndigheternas i en sjuk passagerares avgångs- och ankomstland samt det land där han eller hon byter transportmedel underlättas om den sjuka passageraren (flygbolag är skyldiga att underrätta endast ankomstlandet)	J	J	J	Etablerat krav för ankomstlandets del, men genomförs inte enhetligt i praktiken
De epidemiologiska uppgifter som behövs för att spåra exponerade meddelas hälsovårdsmyndigheterna i olika länder	N	J	J	Länderna har direkt kontakt med varandra för att uppgifterna skall förmedlas på behörigt sätt

BILAGA 4.

Minskning av smittrisen för människor i samband med en fågelinfluensaepidemi hos fjäderfä

Sammandrag

Risken för att de som arbetar med fåglar skall smittas av fågelinfluensa är liten, men den tycks variera hos olika typer av starkt sjukdomsframkallande fågelinfluensavirus. Smittan sker genom direkt kontakt med infekterade fåglar, deras utsöndringar och produkter av fåglarna.

Skyddet baserar sig på följande principer:

- Bekämpning av infektioner hos fåglarna/fjäderfäna
- Minimering av antalet personer som eventuellt exponeras
- Tekniska åtgärder
- Information och utbildning
- Korrekt användning av personlig skyddsutrustning
- Korrekt användning av antivirala läkemedel
- Säsonginfluensavaccination, i synnerhet under influensasäsongen
- Noggrann övervakning av exponerade personer/arbetstagare

Varje förebyggande åtgärd bör bedömas utgående från den lokala situationen och riskbedömningen.

Riskerna för dem som arbetar med fåglar

Risken för att de som arbetar med fåglar skall smittas är liten och den tycks variera hos olika typer av starkt sjukdomsframkallande fågelinfluensavirus. När det gäller A/H5N1, som ansetts vara det farligaste fågelinfluensaviruset, tycks smittrisen vara mycket liten. I Sydostasien har fågelinfluensaepidemin (A/H5N1) varit mycket omfattande den senaste tiden, men med hänsyn till omfattningen har överraskande få människor insjuknat där. De arbetstagare som deltagit i avlivningen av fjäderfä har ofta varit bristfälligt skyddade, men trots detta har det inte konstaterats sjukdom hos dem. Trots att symptomfri smitta är möjlig hos människor, skulle svåra sjukdomsformer knappast ha blivit upptäckta.

Finlands och EU:s arbetarskyddslagstiftning

40 § i arbetarskyddslagen (738/2002) behandlar biologiska agenser i arbetet. Med stöd av arbetarskyddslagen har utfärdats statsrådets beslut om skydd för arbetstagare mot risker vid exponering för biologiska agenser i arbetet (1155/1993) och social- och hälsovårdsministeriets beslut om klassificering av biologiska agenser (229/1998). I dessa har beaktats Europeiska unionens motsvarande direktiv, som sedermera har sammanställts till Europaparlamentets och rådets direktiv (200/54/EG) om skydd för arbetstagare mot risker vid exponering för biologiska agens i arbetet.

I ovan nämnda författningar definieras arbetsgivarens skyldigheter, t.ex. att bestämma och utreda riskerna, åtgärder för att minska riskerna, personlig skyddsutrustning, specialåtgärder för laboratorier, djurstallar och industriprocesser, information till och

utbildning för arbetstagarna, anmälningar till behöriga myndigheter, förteckning över exponerade arbetstagare samt samarbete mellan arbetsgivare och arbetstagare vid behandlingen av frågor som omfattas av dessa författningar. Bestämmelser om hälso- granskningar som företagshälsovården skall utföra på grund av biologiska agens har utfärdats i lagen om företagshälsovård och med stöd av den (1383/2001; 1485/2001).

Bekämpningsåtgärderna skall basera sig på en riskbedömning av den enskilda arbets- platsen, för vilken arbetsgivaren ansvarar, liksom också för åtgärderna för att minska riskerna. Allmänna skyddsåtgärder går före individuella.

Statsrådets beslut om personlig skyddsutrustning (1406/1993) och om val och an- vändning av personlig skyddsutrustning (1407/1993), som utfärdats med stöd av arbe- tarskyddslagen och genom vilka Europeiska unionens motsvarande direkt har genom- förts, skall beaktas när skyddsutrustning används.

Exempel på åtgärder där direkt kontakt med infekterade fåglar eller kontaminerat ma- terial kan förekomma

- Verksamhet på fjäderfågårdar där det finns infekterade fåglar
- Veterinärmedicinsk undersökning och obduktion
- Förstörande av fjäderfä
- Förvaring och hantering av lämningar
- Rengöring och desinfektion av kontaminerade gårdar
- Provtagning
- Verksamhet i ett diagnostiskt laboratorium
- Andra åtgärder där människor exponeras för en infektion som säkerställts hos fåglar eller djur, bl.a. karantänpersonal

På grundval av den lokala riskbedömningen kan det vara förnuftigt att bland de perso- ner som eventuellt exponeras också ta med personer som bor i närheten av en infekte- rad fjäderfågård.

Smittspridning

Fåglar som är infekterade av fågelinfluensavirus utsöndrar stora mängder virus i sin avföring. De kan också utsöndra det när de hostar och nyser, även om det finns be- vis på att luftvägarna skulle vara av mindre betydelse som smittväg vid fågelinfluensa A/H5N1. Virus är i allmänhet inte stabila utanför den levande cellen, men i damm och avföring kan de hållas vid liv flera dagar, t.o.m. veckor, beroende på virusstammen och förhållandena i omgivningen. Hos människan orsakar fågelinfluensa i första hand bindhinneinflammation och infektioner i luftvägarna, även om dessa också kan leda till allvarligare sjukdomsformer. Ögats bindhinnor och de övre luftvägarnas slemhinnor är de mest sannolika smittvägarna för dessa virus. Människor får fågelinfluensasmitta när de är i direkt kontakt med levande infekterade fåglar, deras avföring eller andra vätskor eller sekret från organismen. Även beröring med kontaminerade ytor i burar, skjul eller andra utrymmen där fåglar har hållits, eller beröring med infekterade döda fåglar, kan göra att människor smittas och insjuknar, t.ex. om man gnuggar ögonen och näsan eller fjädrar kommer in under skyddsglasögonen.

När sjuka fåglar hanteras för att avlivas, kan flaxande med vingarna och andra rörel- ser hos fåglarna samt människans verksamhet röra upp damm som ökar smittrisen.

Hantering av icke tillrett kött och blod från infekterade fåglar kan orsaka risk, om dessa hamnar direkt i ögonen eller näsan. Tillredning av fjäderfäkött inaktiverar/dödar virusen och garanterar att det är säkert.

Skyddsprinciper

Anvisningen bygger på Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomars anvisning: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) guidelines to minimise the risk of humans acquiring highly pathogenic avian influenza from exposure to infected birds or animals. (http://www.ecdc.eu.int/avian_influenza/H5N1_Occupational_Guidance_ECDC_05019.pdf)

Skyddandet av arbetstagarna från arbetsrelaterade infektioner baserar sig på följande principer:

1. Snabb och säker bekämpning av infektioner hos fåglar

- Principen är enkel: ju färre infektioner fåglarna har och ju snabbare infektionerna fås under kontroll, desto färre människor exponeras och får smittan.
- Människorna kan sprida en infektion mekaniskt från en fågelflock till en annan via kontaminerade händer, skor och kläder. Iakttagandet av nödvändiga försiktighetsåtgärder spelar därför en nyckelroll vid bekämpningen av infektioner. Fågelinfluensaepidemier hos fjäderfä är underkastade stränga bekämpningsåtgärder i EU:s lagstiftning (Rådets direktiv 92/40/EEG om införande av gemenskapsåtgärder för bekämpning av aviär influensa).

2. Minimering av antalet exponerade genom att människor hålls avskilda från infekterade djur

- Endast ett nödvändigt antal personer skall delta i avlivningen av fåglarna.
- Arbetstagare och ägare på gårdarna som inte är i direkt kontakt med avlivningsåtgärderna skall undvika exponering för kända och möjliga fågelinfluensaviruskällor, t.ex. undvika att komma i kontakt med hönsfåglar, ankor och andra fjäderfän alltid när det möjligt.
- Andra personer som är bosatta på gården (t.ex. familjemedlemmar) skall också undvika exponering för kända och möjliga fågelinfluensaviruskällor.
- Det kan vara bra att begränsa människors lokala färder till och från området i fråga.
- Städning, tvättning och avfallshantering skall i alla skeden utföras på ett säkert sätt tills infektionsrisken har eliminerats.

3. Tekniska åtgärder

Vid behandlingen av fåglar och kontaminerat material (t.ex. organ, vävnader, blod, fjädrar och sekret samt fågelbon) skall man fästa uppmärksamhet vid att man inte orsakar damm eller aerosoler. Möjliga åtgärder är:

- avlivning av fåglarna antingen genom att hönsgården fylls med koldioxid (obs. tillräcklig vädring efter gasningen innan man går in) eller enligt EFSA:s rekommendation genom att djuren placeras i lämpliga behållare som innehåller en inert gasblandning, t.ex. argon (inte över 2 % syre). Se rådets direktiv 93/119/EG
- de döda fåglarna fuktas med fin vattenång
- ytorna fuktas före städning
- insamlingen och hanteringen av döda kroppar sköts mekaniskt
- döda fåglar och kontaminerat material transporteras i tätt slutna behållare

4. Information och utbildning

Alla personer som eventuellt kommer i kontakt med infekterade fåglar och material skall ges information och utbildning om fågelinfluensainfektioner hos människor och dess symptom samt om förebyggande och skyddsåtgärder.

Alla arbetstagare skall ha tillgång till behörig personlig skyddsutrustning och de skall få anvisningar om och utbildning i hur den skall användas.

5. Användningen av personlig skyddsutrustning

Arbetsgivaren skall tillhandahålla följande nödvändiga personliga skyddsutrustning:

- Engångshandskar som inte släpper igenom vätska eller kraftiga arbetshandskar av gummi som tål desinficering
 - Handskarna skall tas av omedelbart efter användning och förstöras på ett säkert sätt innan man rör vid icke kontaminerade föremål och ytor i omgivningen
- Andningsskydd vars skyddseffektivitet är minst av klass P2 och som har testats personligen så att det sluter tätt mot ansiktet.
 - Filterskydd med fläkt och huva eller visir (klass TH2P eller högre) kan vara lättare när man arbetar och kan användas i stället för andningsskydd och skyddsglasögon. Man bör lägga märke till att om man använder vilka som helst gasformiga eventuellt skadliga ämnen kan det behövas andra andningsskydd beroende på situationen och/eller ämnet. Detta är ett minimikrav, men i brist på dylik utrustning kan vilket som helst skydd som täcker näsan och munnen sannolikt vara till någon nytta.
- Till skyddskläderna hör: huvudskydd som helt täcker håret; helst engångskläder eller -overall och förkläde som inte släpper igenom vatten eller långärmad, vid handleden tättslutande kirurgskyddsrock och förkläde som inte släpper igenom vatten.
- Välsittande ögonskydd av maskmodell eller skyddsglasögon med sidoskydd som förhindrar att virus når bindhinnorna
- Engångsskoskydd eller gummi- eller polyuretanstövlar som kan rengöras och desinficeras

Det måste finnas möjligheter att tryggt rengöra och förstöra skyddsutrustningen efter användning. Personlig skyddsutrustning för engångsbruk skall förstöras på korrekt sätt och skyddsutrustning som skall användas flera gånger rengöras och desinficeras i enlighet med sedvanlig desinficeringspraxis.

Arbetsstagarna skall utbildas i korrekt teknik vid påklädning, avklädning och förstörande av den personliga skyddsutrustningen så att de inte kontaminerar sig själva.

Avklädningsordning och handhygien:

- ta av handskarna
- ta av skyddsrocken
- tvätta/desinficera händerna
- ta av ögonskyddet
- ta bort masken/andningsskyddet
- tvätta/desinficera händerna

6. Korrekt men begränsad användning av antivirala läkemedel

Användningen av antivirala läkemedel bör begränsas och den skall ske under läkartillsyn:

- för att minimera risken för biverkningar
- för att förhindra att läkemedelsresistens utvecklas
- för att spara på lagren

Länder där det inte har konstaterats någon epidemi förorsakad av starkt sjukdomsframkallande fågelinfluensavirus

Profylax behövs inte för dem som arbetar med fjäderfä.

Länder där det har konstaterats en eller flera epidemier förorsakade av starkt sjukdomsframkallande fågelinfluensavirus

Alla arbetstagare som exponeras för infekterade fåglar eller fjäderfä (inklusive fåglar som har direkt anknytning till en epidemi förorsakad av starkt sjukdomsframkallande fågelinfluensavirus och fåglar i närområdena som avlivas som ett led i de lokala bekämpningsåtgärderna) skall erbjudas profylax. Också de personer som retroaktivt identifieras som exponerade skall få profylax.

Den lokala veterinären och hälsovårdsmyndigheten skall samarbeta vid riskbedömningen, som baserar sig på den lokala situationen, typen av fågelinfluensavirus och experthjälp, när man skall bestämma vilka personer som skall anses löpa risk för exponering.

- Profylax skall ges före exponeringen. Med undantag för situationer där medicinen är kontraindicerad skall arbetstagarna få 75 mg oseltamivir dagligen under den tid de kommer i kontakt med infekterade fjäderfä och kontaminerade ytor. Detta skall fortsätta sju dagar efter att exponeringen upphört.
- För närvarande rekommenderas inte fortlöpande användning av oseltamivir under längre tid än sex veckor. Risken för biverkningar vid längre tids användning är inte känd. De kanadensiska hälsovårdsmyndigheterna rekommenderar att personer som har använt fortlöpande oseltamivirprofylax längre tid än sex veckor skall hålla en två veckors paus innan de börjar på nytt. Under denna tid skall personerna inte arbeta i en omgivning där de kan exponeras för starkt sjukdomsframkallande fågelinfluensavirus.
- Kortvarig postexpositionprofylax: ges efter att man exponerats för infekterade fåglar, inleds inom 48 timmar och fortsätter minst sju dagar. För vuxna och barn över ett år är dosen densamma som vid behandling (enligt vikten) men ges bara en gång om dagen i stället för två.
- Om oseltamivir inte har getts profylaktiskt och arbetstagarna uppvisar symptom som tyder på influensa skall oseltamivirbehandling inledas inom 48 timmar, dosen för vuxna 75 mg två gånger om dagen under fem dagar.

För att undvika missuppfattningar som fullständigt skydd skall arbetstagare som får profylax informeras om nödvändigheten av allmänna skyddsåtgärder.

7. Säsongsinfluensavaccination

Riktad säsongsinfluensavaccination rekommenderas som en av flera åtgärder för att minska samtidiga humaninfektioner med fågel- och humaninfluensavirus. Samtidigt som man minskar möjligheten till dubbelinfektion, minskas virusets möjligheter till genetisk mutation/omsortering och möjligheten för att ett nytt influensavirus med pandemisk potential yppar sig.

Man bör lägga märke till att denna vaccination inte skyddar mot en fågelinfluen-savirusinfektion. Detta bör klargöras för de personer som exponeras så att de förstår nödvändigheten av allmänna skyddsåtgärder.

Förutom de sedvanliga målgrupperna bör följande beaktas vid säsongsinfluensavaccinationer:

- Alla personer som förväntas komma i kontakt med fjäderfä eller fjäderfågårdar där det eventuellt pågår en infektion/epidemi som förorsakats av ett starkt sjukdomsframkallande fågelinfluensavirus, i synnerhet de som deltar i avlivningen av fåglar samt personer som bor och arbetar på dessa gårdar.
- Hälso- och sjukvårdspersonal som i sitt dagliga arbete har att göra med starkt misstänkta eller säkerställda fall av humanfågelinfluensa.

- Personalen vid hälso- och sjukvårdens akutvårdsstationer i områden där det har säkerställts att fåglar har infekterats av starkt sjukdomsframkallande fågelinfluensavirus.
- Närbesök med fall av humanfågelinfluensa

8. Noggrann observation av eventuellt exponerade personer

Alla personer som har varit exponerade för fjäderfä, fåglar eller deras utsöndringar skall observeras av dem själva, deras arbetsgivare och hälsovårdsmyndigheterna. Ansvaret för detta vilar på arbetsgivaren och därigenom på hälsovårdsmyndigheterna. Företagshälsovården skall informeras så att den kan följa arbetstagarnas hälsa och funktionsförmåga på det sätt som lagen om företagshälsovård förutsätter. Särskild uppmärksamhet borde fästas vid detta när det gäller vikarier. Personer som har deltagit i avlivningen av fjäderfä borde mäta temperaturen två gånger om dagen under två veckors tid från det att de senast var i kontakt med fjäderfä eller deras omgivning. Vilken sjukdom som helst (feber $\geq 38^{\circ}\text{C}$, hosta, halsont, andtätta men också magsjukdomar) hos dem själva eller deras familjemedlemmar skall omedelbart anmälas till hälsovårdsmyndigheterna. Personer med symptom skall söka sig till undersökning och vård, inte medicinera sig själva, begränsa det sociala umgänget och stanna hemma tills de har varit feberfria minst 24 timmar, utom när en influensadiagnos är utesluten.

Arbetsgivare och entreprenörer bör föra ett register över exponerade. En utfästelse att göra detta och ovan nämnda skyddsåtgärder bör skrivas in i avtal om köpta tjänster. När epidemin upphört skall en rapport lämnas till hälsovårdsmyndigheterna.

BILAGA 5.

Olika organisationers och förvaltningsområdets normala ansvarsområden samt beslutsfattandet i de olika pandemilarm- och pandemifaserna

WHO faser 1 och 2 (interpandemisk period)

Definition av fasen

Fas 1: Inga nya subtyper av influensa A-virus har påträffats hos människor. Hos djur kan det förekomma virussubtyper som tidigare har orsakat infektioner hos människor, men risken för att människor skall smittas och insjukna är liten.

Fas 2: Inga nya subtyper av influensa A-virus har påträffats hos människor, men en virussubtyp som förekommer hos djur medför betydande risk för att människor skall smittas och insjukna.

Centrala premisser som ligger till grund för planeringen

- Antalet fall överstiger inte systemets kapacitet
- De första fallen av ett potentialt pandemivirus uppträder utanför Finland och pandemins huvudsakliga utveckling följer de faser som WHO beskrivit

Nyckelaspekter

- Sådana funktioner måste upprätthållas och förstärkas som är fokuserade på
 - att upptäcka nya varianter och subtyper av influensavirus
 - att upptäcka den årliga säsonginfluensan
 - den sjukdomsburda som orsakas av influensaprevalensen och -dödligheten
 - att stödja den årliga influensavaccinationsverksamheten
- Beslutsfattandet och informationen följer förvaltningsområdenas normala förfarande

Verksamhet

Följande stående övervaknings- och förberedande åtgärder fortsätter

På riksomfattande nivå	Ansvarig instans
Det riksomfattande registret över smittsamma sjukdomar	KTL
Virologisk influensaövervakning i expertlaboratorier (molekylepidemiologisk analys, bestämmande av resistens mot antivirala läkemedel)	KTL
Klinisk influensaövervakning	KTL
Överdödlighet i samband med säsonginfluensa	KTL, STAKES
Handledning av laboratorier för klinisk mikrobiologi	KTL
Kartläggning av befolkningens antikroppsskydd genom stickprovsundersökningar	KTL
Informationsutbyte med WHO:s influensanätverk	KTL
Informationsutbyte med EU:s influensaövervakningsnät EISS	KTL
Informationsutbyte med Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC)	KTL
Bedömning av och information om pandemihotet utgående från internationell kunskap	SHM, KTL
Upprätthållande och årlig uppdatering av influensapandemiplanen	KTL
Pandemiövningar i samarbete mellan olika organisationer	SHM
Övervakning och bekämpning av influensa hos djur	MMM, Evira
<i>Annan verksamhet (upprätthållande och utvecklande av förvaltningsområdenas beredskapsplaner)</i>	Respektive förvaltningsområde
På regional nivå	
Laboratorier för klinisk mikrobiologi skickar anmälningar om influensafynd till det riksomfattande registret över smittsamma sjukdomar	Laboratorierna, SVD
Enheter som hör till nätverket för klinisk-virologisk övervakning skickar virusprov till det nationella expertlaboratoriet	Laboratorierna
Årlig översyn (utvärdering) och uppdatering av den regionala influensapandemiplanen (inklusive den privata hälso- och sjukvårdens planer	LS, SVD
Regional övervakning och bekämpning av influensa hos djur	LS, Evira
På kommunal nivå	
Den årliga vaccinationskampanjen för befolkningen	HVC
Upptäckt av lokala epidemier i skolor och daghem	HVC
Givarcentraler för klinisk-virologisk övervakning	HVC
Översyn och uppdatering av beredskapsplanen	HVC

WHO fas 3 (pandemilarm)

Definition av fasen

Det förekommer att en ny subtyp av influensa A-virus smittar från djur till människor, men viruset smittar inte mellan människor, eller smittar högst sporadiskt vid nära umgänge.

WHO meddelar när vi går in i fas 3

Centrala premisser som ligger till grund för planeringen

- De första fallen uppträder utanför Finland

Nyckelaspekter

- Beslutsfattandet och informationen följer förvaltningsområdenas normala förfarande
- Behovet av information ökar inom hälso- och sjukvården, mellan förvaltningsområdena och till befolkningen
- Det säkerställs att Finland har förutsättningar att snabbt upptäcka infektioner som en ny influensasubtyp orsakat hos människor eller djur och att bryta smittkedjorna

Verksamhet

Följande stående övervaknings- och förberedande åtgärder fortsätter

På riksomfattande nivå	Ansvarig instans
Effektiverad lägesinformation till olika förvaltningsområden	MKM, MBM, SHM
KTL:s influensapandemiarbetsgrupp effektiverar sina lägesbedömning	KTL
Samarbete mellan förvaltningsområdena	SHM
Bedömning av internationella uppgifter och information på grundval av dem	SHM, KTL, JSM
Anskaffning och ibruktagande av reagenser som behövs för diagnostik av den nya subtypen	KTL, Evira
Säkerställande och koordinering av hälso- och sjukvårdens kliniska diagnostik och laboratoriediagnostiken	KTL
Möjligheterna att skaffa vacciner samt reservationer	SHM, KTL, LL
Behoven av beredskapsupplagring (vacciner, läkemedel, förmödenheter)	SHM, KTL, LL, FBC
Uppdatering av den riksomfattande pandemiplanen enligt ny kunskap	SHM, KTL, JSM
Översyn av aktualiteten hos de författningar som gäller en pandemisituation	SHM
<i>Övriga förvaltningsområdets verksamhet: beredskap inom det egna förvaltningsområdet för bl.a. prevalenstoppar, frånvaro från arbetet, undvikande av folksamlingar m.fl. smittsituationer, resursbehov, stöd till social- och hälsovården samt informationssamarbete</i>	Alla ministerier
På regional nivå (se även bilaga 1 "Regionala och lokala beredskapsplaner för en influensapandemi – sjukhus")	
En regional pandemiberedskapsgrupp inrättas som sammanträder regelbundet	LS, SVD
Årlig översyn (utvärdering) och uppdatering av den regionala influensapandemiplanen	LS, SVD
Det säkerställs att hälso- och sjukvårdens kliniska arrangemang och laboratoriearrangemangen är i ordning för tidig upptäckt av eventuella infektioner av den nya subtypen	SVD
Primärvården (se också bilaga 2 "Lokala beredskapsplaner för en influensapandemi – primärvården")	Kommunerna

WHO fas 4 (pandemilarm)

Definition av fasen

En ny subtyp av influensa A-virus har orsakat små sjukdomsanhopningar vilket tyder på att smittspridningen från människa till människa är begränsad. Smittkedjorna är mycket lokala och visar att viruset ännu inte har anpassat sig särskilt bra till människan.

WHO meddelar när vi går in i fas 4

Centrala premisser som ligger till grund för planeringen

- Anhopningarna uppträder utanför Finland

Nyckelaspekter

- Det säkerställs att Finland vad kliniska tjänster och laboratediagnostik beträffar har förutsättningar att snabbt upptäcka infektioner som den nya influensasubtypen orsakat och att bryta smittkedjorna
- Behovet av information inom hälso- och sjukvården, mellan förvaltningsområdena och till befolkningen ökar

Verksamhet

Beroende på anhopningarnas natur och geografiska belägenhet genomförs förfarandena i fas 4 i enlighet med den detaljerade beskrivningen av fas 3 eller fas 5 som följer:

- Händelser som hänför sig till fas 4 inträffar i *länder från vilka det inte förekommer omfattande direkt persontrafik till Finland: Tillvägagångssätt som i fas 3.*
- Händelser som lett till fas 4 inträffar i *länder från vilka det finns omfattande direkt persontrafik till Finland: Tillvägagångssätt som i fas 5.*

WHO fas 5 (pandemilarm)

Definition av fasen

En ny subtyp av influensa A-virus har orsakat geografiskt begränsade stora sjukdomsanhopningar. Detta betyder att viruset i ökad utsträckning har anpassat sig till människan. Virusets förmåga att smitta mellan människor tycks ännu inte vara fullt utvecklad. Risken för en pandemi är betydande.

WHO meddelar när vi går in i fas 5

Centrala premisser som ligger till grund för planeringen

- De första fallen uppträder utanför Finland

Nyckelaspekter

- Inom beslutsfattandet och informationen övergår man till särskilt förfarande: statsrådet utser en pandemiledningsgrupp samt koncentrerar beslutsfattandet på områden som är viktiga med avseende på pandemibekämpningen och effekterna på samhället till statsrådet.
- Det säkerställs att Finland vad kliniska tjänster och laboratoriediagnostik beträffar har förutsättningar att snabbt upptäcka infektioner som den nya influensasubtypen orsakat och att bryta smittkedjorna
- Behovet av information inom hälso- och sjukvården, mellan förvaltningsområdena och till befolkningen ökar

Verksamhet

På riksomfattande nivå	Ansvarig(a) instans(er)
<p>Statsrådet kan på framställning av SHM överta beslutsfattandet och koordineringen i synnerhet på följande områden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prioritering av förvaltningsområdenas resurser för bekämpning av pandemihotet - Ansvarsfördelningen mellan förvaltningsområden - Arrangemangen beträffande informationsansvaret - Nödvändiga författningsändringar - Rekommendationer i anslutning till en begränsning av befolkningens rörelsefrihet - Beslut som gäller internationella relationer eller internationell koordination <ul style="list-style-type: none"> • EU: förfaranden som är viktiga för att uppnå konsensus • WHO: förfarande som är viktiga för att uppnå konsensus • Grannländer: specialfrågor som gäller gränstrafiken - Begränsningar av den internationella handeln - Inledande av massvaccination med lämpligt modellvaccin - Prioritering av befolkningsgrupper på medicinska eller andra grunder (antivirala läkemedel, vacciner) varvid tidigare principer ses över i ljuset av ny kunskap - Säkerhetsupplagring och användning av säkerhetsupplagrade förnödenheter - Ransonering av andra förnödenheter 	SHM, SR, MKM
För informationen på ovan nämnda områden tas centraliserad koordination i bruk	Statsrådet
En pandemikoordineringsgrupp (PKG) utses	SHM
Koordination av det tekniska beredskapssamarbetet mellan förvaltningsområdena	SHM, PKG
Omvärdering av och anvisningar om skyddsåtgärder för hälso- och sjukvårdspersonalen och i laboratorieverksamheten	SHM, KTL, TTL
Insamling och analys av epidemiologisk, klinisk och virologisk kunskap om den nya virussubtypen/sjukdomen (WHO, EISS/ECDC)	KTL, Evira
Behärskande och effektiv spridning av material med den nya kunskap som samlas in	KTL, Evira
Anskaffning, utvecklande och ibruktagande på olika nivåer av reagenser som behövs för diagnostik av den nya subtypen	KTL, Evira
Förfaranden för att genomföra känslighetsbestämningar av den nya virusstammen	KTL
Säkerställande och koordination av hälso- och sjukvårdens kliniska diagnostik och laboratoriediagnostik som förutsätts för aktiv verifiering av fall	KTL
Datainsamlings- och informationshanteringsförfaranden för en uppdaterad övervakning av sjukdomsfall	KTL, STAKES
Omvärdering av och anvisningar om grunderna för användning av antivirala läkemedel för vård och profylax	SHM, PKG, LL
Samordning av förfarandena för tillverkning, distribution och övervakning av antivirala läkemedel med de förändrade användningsgrunderna	SHM, PKG, KTL
Riksomfattande telefonrådgivning med hälso- och sjukvårdsexperten, vilken styr informationen	KTL
Anskaffningar, beställningar och utlämnande för förbrukning av vacciner	SHM, KTL, LL

Klartläggande av befolkningens immunitet genom antikroppsundersökningar	KTL
Behoven av beredskapsupplagring (vacciner, läkemedel, förnödenheter)	SR, SHM, PKG, KTL, LL, TTL, FBC
Uppdatering av den riksomfattande pandemiplanen enligt ny kunskap	SHM, PKG, KTL, JSM
Arbetskrafts- och utbildningsarrangemang för att hantera det stora antalet fall	SHM, UVM, AM
Översyn av aktualiteten hos de författningar som gäller pandemisituationen, bl.a. tillfällig upphävning av vårdgarantibestämmelserna	SR, SHM
Informationskampanj om motåtgärder som berör befolkningen	SR, SHM, PKG
Väestöön kohdistuva torjuntatoimia koskeva tiedotuskampanja	VN, SHM, PKG
Alla förvaltningsområden har en plan som gäller hela dess verksamhetsområde i händelse av omfattande sjukdom samt särskilda åtgärder som hänför sig till förvaltningsområdet - Begränsningar av resor - Inresa, gränsövervakning - Internationell trafik (flyg, båt, tåg) - Djur - Undervisningsväsendet - Begränsningar i handeln - Arbetsministeriet (reservpersonal, flyktingmottagningar)	Förvaltningsområdena
På regional nivå (se också bilaga 1 "Regionala och lokala beredskapsplaner med tanke på en influensapandemi – sjukhus")	
Den regionala pandemiberedskapsgruppen intensifierar sin verksamhet	LS, SVD
Handledning för sjukdomsfall bland befolkningen (www, telefon, medierna)	SVD
Detaljerade anvisningar om hanteringen av misstänkta fall som motsvarar definitionen i vårdkedjan, inklusive privat hälso- och sjukvård	SVD, LS
Övervakning av enskilda fall vilken grundar sig på den epidemisituationsspecifika falldefinitionen	SVD
Regionala förfaranden för att begränsa sammankomster i samband med en eventuell anhopning	LS, SVD
Primärvården (se bilaga 2 "Lokala beredskapsplaner med tanke på en influensapandemi – primärvården")	
Handledning för sjukdomsfall bland befolkningen (www, telefon, medierna)	HVC, kommunerna
Lokala övervaknings- och stödmeter för karantän i hemmet	HVC, kommunerna

WHO fas 6 (pandemi)

Definition av fasen

Viruset har helt anpassat sig till människan och det sprids i befolkningen och orsakar omfattande epidemier som överskrider de geografiska gränserna. Uppkomsten av en global pandemi är uppenbar.

På grundval av tidigare erfarenheter kan den första pandemivågen följas av en andra och eventuellt också en tredje våg som förorsakas av viruset 3-9 månader efter att den första vågen ebbat ut. Den andra vågen kan vara lika kraftig eller kraftigare än den första.

Centrala premisser som ligger till grund för planeringen

- Anhopningar eller lokala epidemier som visar att pandemin brutit ut har inträffat på stort geografiskt avstånd; det tar några veckor innan pandemin når i Finland

Nyckelaspekter

- I beslutsfattandet och informationen övergår man till det förfarande som förutsetts vid ett störningstillstånd, om detta inte har skett redan i faserna 4–5 (kan utebli). Om en epidemisituation tas in i beredskapslagen, är det också möjligt att tillämpa bestämmelserna om undantagstillstånd
- Det säkerställs att Finland vad kliniska tjänster och laboratoriediagnostik beträffar har förutsättningar att snabbt upptäcka de första infektioner som den nya influensasubtypen orsakat
- Störst uppmärksamhet fästs vid anskaffandet av pandemivaccin och förberedelserna för en snabb vaccination av befolkningen
- Omfattande information om åtgärder som minskar smittan
- Strävan är att snabbt upptäcka eventuella förändringar i virusets egenskaper
- Geografisk övervakning av fallens spridning
- När epidemin når sin kulmen överstiger belastningen på hälso- och sjukvården den normala prestationsförmågan och det behövs undantagsarrangemang. Tidpunkten för pandemitoppen kan avvika betydligt i landets olika områden.

Verksamhet

På riksomfattande nivå	Ansvarig(a) instans(er)
<p>Statsrådet kan på framställning av SHM överta beslutsfattandet och koordineringen i synnerhet på följande områden</p> <ul style="list-style-type: none">- Prioritering av förvaltningsområdenas resurser för bekämpning av pandemin- Ansvarsfördelningen mellan förvaltningsområden- Arrangemangen beträffande informationsansvaret- Nödvändiga författningsändringar- Rekommendationer i anslutning till begränsning av befolkningens rörelsefrihet- Beslut som gäller internationella relationer eller internationell koordination<ul style="list-style-type: none">• EU: förfaranden som är viktiga för att uppnå konsensus• WHO: förfarande som är viktiga för att uppnå konsensus• Grannländer: specialfrågor som gäller gränstrafiken- Begränsningar av den internationella handeln- Inledande av massvaccination med lämpligt modellvaccin- Prioritering av befolkningsgrupper på medicinska eller andra grunder (antivirala läkemedel, vacciner) varvid tidigare principer ses över i ljuset av ny kunskap- Säkerhetsupplagring och användning av säkerhetsupplagrade förnödenheter- Ransonering av andra förnödenheter	SHM, SR, MKM

För informationen på ovan nämnda områden tas centraliserad koordination i bruk	Statsrådet
En pandemikoordineringsgrupp (PKG) utses	SHM
Koordination av det tekniska beredskapssamarbetet mellan förvaltningsområdena. PKG bestämmer de dagliga rutinerna för regelbunden kontakt mellan nyckelorganisationerna.	SHM, PKG
Omvärdering av och anvisningar om skyddsåtgärder för hälso- och sjukvårdspersonalen och i laboratorieverksamheten	SHM, KTL, TTL
Insamling och analys av epidemiologisk, klinisk och virologisk kunskap om den nya virus-subtypen/sjukdomen (WHO, EISS/ECDC)	KTL, Evira
Behållande och effektiv spridning av material med den nya kunskap som samlas in	KTL, Evira
De nya definitioner av användningen av hälso- och sjukvårdens kliniska diagnostik och laboratoriediagnostiken som övervakningen av sjukdomsfallen förutsätter	KTL
Omdefinition av och nya anvisningar om målen för den kliniska laboratoriediagnostiken för att förhindra att laboratorierna överbelastas	SHM, KTL
Internationell rapportering om sjukdomsfall (WHO, EU)	KTL
Nationell rapportering om sjukdomsfall och situation	SHM, PKG, KTL
Anskaffning, utvecklande och ibruktage på olika nivåer av reagenser som behövs för diagnostik av den nya subtypen enligt den tidtabell som utvecklandet tillåter	KTL, Evira
Insändning av virusstammar som verifierats i Finland till WHO-systemet	KTL
Förfaranden för att genomföra känslighetsbestämningar av den nya virusstammen	KTL
Datainsamlings- och informationshanteringsförfaranden för en uppdaterad övervakning av sjukdomsfall	KTL, STAKES
Omvärdering av och anvisningar om grunderna för användning av antivirala läkemedel för vård och profylax	SR, SHM, PKG, KTL
Anvisningar om användningen av andra antimikrobiiska läkemedel enligt den samlade kliniska och epidemiologiska kunskapen	KTL, infektionsläkarna
Klinisk-mikrobiologisk datainsamling om infektioner som orsakar komplikationer hos influensapatienter	KTL, SVD
Samordning av förfarandena för tillverkning, distribution och övervakning av antivirala läkemedel med de förändrade användningsgrunderna	SHM, PKG, LL
Riksomfattande telefonrådgivning med hälso- och sjukvårdsexperter, vilken styr informationen	KTL
Anskaffning av vacciner	SHM, KTL
Beslut om hur vaccinerna skall användas (prioriteringsfrågor)	SR, SHM, PKG, KTL
Ordande av massvaccinationer av befolkningen	SHM, KTL
Övervakning av vaccinationstäckningen och biverkningar	KTL
Klarläggande av befolkningens immunitet genom antikroppsundersökningar	KTL
Arbetskrafts- och utbildningsarrangemang för att hantera det stora antalet fall	SHM, UVM, AM
Översyn av aktualiteten hos de författningar som gäller pandemisituationen, bl.a. tillfällig upphävning av vårdgarantibestämmelserna	SR, SHM
Informationskampanj till befolkningen om motåtgärder	SR, SHM, PKG
<p><i>Alla förvaltningsområden ser i ljuset av ny epidemiologisk kunskap över sin plan som gäller hela dess verksamhetsområde i händelse av omfattande sjukdom samt särskilda åtgärder som hänför sig till förvaltningsområdet</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Begränsningar av resor - Inresa, gränsövervakning - Internationell trafik (flyg, båt, tåg) - Djur - Undervisningsväsendet - Begränsningar i handeln - Arbetsministeriet (reservpersonal, flyktingmottagningar) 	Förvaltningsområdena

I informationsmaterialet beaktas ny kunskap om det virus som orsakar pandemin och företas nödvändiga ändringar	De informationsansvariga
Anvisningar om upphävande av specialarrangemangen när pandemivågen ebbar ut	SHM, PKG, KTL
På regional nivå	
Handledning för sjukdomsfall bland befolkningen (www, telefon, medierna)	SVD
Undantagsförfaranden inom den specialiserade sjukvården på grund av den stora patientbelastningen	SVD
Detaljerade anvisningar om hanteringen av misstänkta fall som motsvarar definitionen i vårdkedjan, inklusive privat hälso- och sjukvård	SVD, LS
Ordnandet av regional distribution av antivirala läkemedel	SVD
Regional övervakning av användningen av antivirala läkemedel	SVD
Regionala arrangemang för upplagring och distribution av vacciner	SVD
Övervakning av enskilda fall vilken grundar sig på den epidemisituationsspecifika falldefinitionen	SVD
Rapportering om övervakningen av enskilda fall till den riksomfattande nivån	LS, SVD
Regionala förfaranden för att begränsa sammankomster i samband med en eventuell anhopning	LS, SVD
Primärvården	
Handledning för sjukdomsfall bland befolkningen (www, telefon, medierna)	HVC
Undantagsförfaranden inom primärvården på grund av den kraftiga patientbelastningen	HVC
Förfaranden för vård i hemmet	HVC, kommunerna
Uppdaterad rapportering om fall	HVC
Ordnandet av massvaccinationer	HVC, kommunerna

Pandemins slutfas och postpandemisk period

WHO meddelar när den pandemiska fasen upphör. I Finland har pandemin upphört när de epidemiologiska mätare som beskriver pandemin har återgått till grundnivå.

I pandemins slutfas och i den postpandemiska fasen är det viktigt att utvärdera verksamheten och resultaten av den.

Det kan hända att vaccinerna finns tillgängliga först i den här fasen.

På riksomfattande nivå	Ansvarig(a) instans(er)
På framställning av SHM beslutar statsrådet om övergång från det undantagsförfarande som förutsätts vid ett störningstillstånd till normalt beslutsförfarande	SHM, SR, MKM
Risken för nya epidemivågor och behovet av massvaccinationer, om de inte har kunnat ordnas tidigare, bedöms	SHM, KTL
De resurser bestäms som behövs för bekämpningen av influensapandemins eventuella följande vågor samt för utvärderingen av pandemins verkningar och de vidtagna motåtgärderna	SR, MKM, SHM
Pandemins verkningar och motåtgärdernas effekt bedöms i internationellt samarbete	SR, MKM, SHM, KTL, förvaltningsområden
Genom antikroppsundersökningar hos befolkningen bestäms prevalensen samt skyddet mot eventuella följande epidemivågor	KTL
Massvaccinationer genomförs på grundval av den bedömning som gjorts	SHM, KTL
Uppföljning av virusets epidemiologi och egenskaper	KTL
Pandemiplanerna uppdateras	Förvaltningsområdena, KTL
På regional nivå	
Deltagande i utvärderingen av pandemins verkningar	LS, SVD
Deltagande i eventuella massvaccinationer	LS, SVD
Pandemiplanen uppdateras	LS, SVD
Primärvården	
Deltagande i utvärderingen av pandemins verkningar	kommuner
Deltagande i eventuella massvaccinationer	kommuner
Pandemiplanen uppdateras	kommuner

BILAGA 6.

Användningen av andningsskydd och munnässkydd inom hälso- och sjukvården

Kirurgiskt munnässkydd

Vårdpersonalen använder i allmänhet kirurgiskt munnässkydd för att skydda patienten mot eventuella sjukdomsalstrare i sjukskötarens utandningsluft. Detta skydd framför munnen och näsan skyddar inte användaren mot sjukdomar som smittar via luftvägarna. Om det är nödvändigt att skydda sig mot luftburen smitta och det inte finns ändamålsenliga andningsskydd, skall de som vårdar patienten använda kirurgiskt munnässkydd tills andningsskydd skaffats.

Kirurgiskt munnässkydd används överallt i världen för att skydda mot blod- och sekretstänk t.ex. i samband med ingrepp eller vid vård av isoleringspatienter. Om det finns risk för blod- eller sekretstänk i vårdssituationer användas även skyddsrock och skyddshandskar samt visir eller skyddsglasögon.

På munnässkydd som är CE-märkta som medicintekniska produkter berättar märket att skyddet uppfyller kraven i direktiv 93/42/EEG om medicintekniska produkter (i Finland lagen om produkter och utrustning för hälso- och sjukvård 1505/1994). Deras syfte är således att skydda patienten, men de ger inte användaren något som helst skydd mot smitta via luftvägarna.

I situationer då en patient som smittar via luften eller genom droppar måste transporteras kan patienten förses med munnässkydd. Man bör lägga märke till att patienten inte får förses med andningsskydd med utandningsventil eftersom det filtrerar luften bara en väg och skyddar således bara användaren men hindrar inte att mikrober sprids med utandningsluften.

Det är också viktigt att lära den sjuka att iaktta korrekt hygien när han eller hon hostar. Det betyder att en engångsnäsduk placeras tätt över mun och näsa när man hostar. Efter att man snutit sig, nyst och hostat placeras engångsnäsduken omedelbart bland avfallet och händerna tvättas.

Andningsskydd

Andningsskydd används vid vården av en patient som har en sjukdom som smittar via luften (partikelstorlek under 5 µm). Vårdpersonalen skall använda korrekt andningsskydd som uppfyller kraven när man vårdar en patient som lider av en sjukdom som smittar via luften. Andningsskyddet är i detta fall personligt och används en gång (specifikt för varje ingrepp och besök i patientrummet).

Det finns både engångsskydd som är försedda med utandningsventil och sådana som saknar utandningsventil. Andningsskydden indelas i olika klasser enligt skyddseffekten (tabell). I standarden SFS EN 149:2001 anges kraven på skyddsförmåga samt testmetoderna för dessa skydd. Skyddsförmågan hos skydd av klass FFP*2 skall vara bättre än 92 %. Skyddsförmågan hos skydd av klass FFP3 (motsvarar amerikanska N-95) skall vara bättre än 98 %.

Skydden skall också vara CE-märkta vilket visar att skyddet uppfyller kraven i direktiv 89/686/EEG som gäller andningsskydd (i Finland statsrådets beslut 1406/1993). Den personliga skyddsutrustning som skaffas för att skydda vårdpersonalen skall överensstämma med ovan nämnda statsrådsbeslut. (Statsrådets beslut 1407/1993).

*FF=filtering facepiece (filtrerad ansiktsdel), P=particle (partiklar)

Påtagning av andningsskydd

Andningsskydd FFP2 och FFP3 tas på enligt tillverkarens anvisning (anvisningar i förpackningen) så att det sluter tätt mot ansiktet. Tätheten skall testas efter att andningsskyddet tagits på. Tätheten testas så att efter att man tagit på andningsskyddet andas man kraftig in varvid en eventuell luftström mellan ansiktet och skyddets kant kan upptäckas.

Tabell. Andningsskydd

Klass	Skyddseffekt	Standarder som beskriver kraven och testmetoderna	Lagstiftning	Användning
Filtrerande halv-mask FFP1	78 %*	EN149:2001 [^]	89/686/EEG Srb 1406/1993	Mot lågeffektivt damm (partikelstorlek över 1 µm) Rekommenderas inte mot mikrober
Filtrerande halv-mask FFP2	92 %*	EN149:2001	89/686/EEG Srb 1406/1993	Mot hälsofarligt damm t.ex. vanlig tuberkulos (partikelstorlek över 0,3 µm)
Filtrerande halv-mask FFP3	98 %*	EN149: 2001	89/686/EEG Srb 1406/1993	Mot farliga partiklar t.ex. MDR tuberkulos
Halvmask och filter P3*	98 %	EN 140:1998 EN 143:2000	89/686/EEG Srb 1406/1993	Mot farliga partiklar t.ex. MDR tuberkulos
Filterskydd med fläkt och huva eller visir TH3P*	99 %	EN 12941:1998	89/686/EEG Srb 1406/1993	Mot farliga partiklar t.ex. MDR tuberkulos
N-95	95 %**	NIOSH 42 CFR 84 ^{^^}	får inte säljas i Finland utan EN149:2001 standardmärkning	Mot farliga partiklar t.ex. MDR tuberkulos

* testad med 0,6 µm stora partiklar (NaCl) och 0,3 µm stora paraffinolja-partiklar

** testad med 0,6 µm stora partiklar (NaCl)

[^] europeisk

^{^^} amerikansk

BILAGA 7.

Allmänna hygienanvisningar för att förebygga smitta från luftvägsinfektioner

Luftvägsinfektioner såsom influensa, RS-virus (respiratory syncytial virus), kikhosta och SARS (severe acute respiratory syndrome) smittar:

- då man hostar och nyser
- via händer som smutsats med sekret från luftvägarna

Stoppa mikrospridningen:

- skydda din mun och näsa med en engångsnäsduk då du hostar eller nyser
- om du inte har en näsduk ska du hosta eller nysa mot övre delen av din ärm, inte mot händerna
- sätt en använd näsduk direkt bland avfallet
- då du söker dig till undersökningar eller vård på en hälsovårdsinrättning kan det hända att du får ett munnässkydd av papper för att skydda personalen och andra patienter mot smitta om du hostar och nyser

Rengör dina händer genast efter att du hostat eller nyst

- tvätta händerna med vatten och tvål
eller
- rengör händerna med desinficerande handdukar

BILAGA 8.

Försiktighetsåtgärdsklasser

Sedvanliga försiktighetsåtgärder (inbegriper försiktighetsåtgärder mot blod) tillämpas alltid, men väljs enligt mikrobens smittväg. En mikrob kan spridas via flera olika smittvägar varvid man samtidigt tillämpar flera olika försiktighetsåtgärdsklasser. Då skall särskild uppmärksamhet fästas vid i vilken ordning man tar av sig skydden, så att det inte uppstår situationer då man med sina egna händer kontaminerar ögonens, näsans eller munnens slemhinnor eller sprider mikrober i omgivningen: 1) ta av skyddsrocken/overallen och handskarna 2) desinficera händerna 3) ta av ögonskyddet 4) ta av andningsskyddet 5) desinficera händerna.

	Sedvanliga skyddsåtgärder	Kontaktisolering	Droppisolering	Luftisolering
Desinfektion av händerna med alkoholsköljmedel	Före och efter patientkontakt	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder samt när man går in i och lämnar rummet	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder samt när man går in i och lämnar rummet	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder samt när man går in i och lämnar rummet
Skyddshandskar	När man hanterar sekret, skadad hud, slemhinnor, områden som kontaminerats av patienten. Desinfektion av händerna innan man tar på sig handskarna och efter att de tagits av	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder och vid närvård av patienten	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder
Plastförkläde eller besökspecifikt skyddsrock/overall ¹	Vid risk för blod- eller sekretstänk	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder samt vid närvård	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder
Kirurgiskt munnässkydd	Vid risk för blod- eller sekretstänk	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder	När man arbetar på mindre än 1 m avstånd från patienten	
Visir eller skyddsglasögon	Vid risk för blod- eller sekretstänk	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder	När man arbetar på mindre än 1 m avstånd från patienten	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder
Andningsskydd ²				Andningsskydd (skyddsklass FFP3 eller FFP2) alltid när man går in i rummet
Patientrum	Vanligt patientrum. En persons rum, om patienten kontaminerar omgivningen med sekret	En persons rum, toalett och tvätttrum	En persons rum, toalett och tvätttrum Om omöjligt skall patienterna hållas tillräckligt långt från varandra (över 1 m)	En persons rum med separat ventilation i förhållande till andra rum, övervakningsbart undertryck samt luftväxling 6–12 gånger i timmen. Patientrummets dörr skall hållas stängd
Patienttransport	Inga särskilda åtgärder	Transport bara om det är nödvändigt. Kontaminering av omgivningen skall undvikas under transporten	Transport bara om det är nödvändigt. Patienten får lära sig rätt handhygien och hygien i samband med hosta ³ och vid behov förses patienten med kirurgiskt munnässkydd för att förhindra att droppar sprids i omgivningen	Transport bara om det är nödvändigt. Patienten får lära sig rätt handhygien och hygien i samband med hosta ³ och vid behov förses patienten med kirurgiskt munnässkydd för att förhindra att partiklar sprids i omgivningen

Undersöknings- och vårdutrustning	Rengöring, desinfektion eller sterilisering beroende på användnings-sättet	Rumssvis engångsutrustning rekommenderas, som reserveras i rummet. Utrustning som används flera gånger rengörs och/eller desinficeras maskinellt eller kemiskt eller förstörs	Rumssvis engångsutrustning rekommenderas, som reserveras i rummet. Utrustning som används flera gånger rengörs och/eller desinficeras maskinellt eller kemiskt eller förstörs	Rumssvis engångsutrustning rekommenderas, som reserveras i rummet. ⁴ Utrustning som används flera gånger rengörs och/eller desinficeras maskinellt eller kemiskt eller förstörs. ⁴ Man bör vara uppmärksam på aerosol som kan uppstå i samband med rengöring av bronkoskop och det är skäl för instrumentvårdaren att skydda sig med andningsskydd
Sekretfläckar	Lämpligt desinfektionsmedel, t.ex. klorhaltigt 500 ppm	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder
Städning	Sedvanliga städredskap och rengöringsmedel	Rumsspecifika städredskap, engångs-städdukar och sedvanliga rengöringsmedel (desinfektionsmedel kan användas enligt sjukhusets praxis)	Rumsspecifika städredskap, engångs-städdukar och sedvanliga rengöringsmedel (desinfektionsmedel kan användas enligt sjukhusets praxis)	Rumsspecifika städredskap, engångs-städdukar och sedvanliga rengöringsmedel (desinfektionsmedel kan användas enligt sjukhusets praxis) ⁴
Bestick	Inga begränsningar	Inga begränsningar	Inga begränsningar	Inga begränsningar
Underhållningsapparater	Torkas och desinficeras vid behov	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder
Sängkläder	Madrasen och kudden skyddas vid behov	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder
Sekret	I avloppet som normalt, vid behov inpackat	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder
Smutsvätt	Omsorgsfullt inpackat	Omsorgsfullt inpackat i isoleringsrum	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder	Som vid sedvanliga försiktighetsåtgärder
Avfall	Omsorgsfullt inpackat enligt avfallsklass	Omsorgsfullt inpackat enligt avfallsklass	Omsorgsfullt inpackat enligt avfallsklass	Omsorgsfullt inpackat enligt avfallsklass

- 1 Skyddsförkläde, -rock eller -overall väljs enligt den mikrob som patienten bär på. Långärmad rock rekommenderas t.ex. i samband med behandling av sars och skyddsoverall när man vårdar patienter med hemorragisk feber
- 2 När det gäller luftisoleringssjukpatienter är smittrisen stor i samband med ingrepp som ger upphov till aerosol. Sådana är bl.a. sugning av slem ur luftvägarna, intubation, bronkoskopi, inducering av hosta, felaktig hantering av sekret som innehåller tuberkelbaciller, fysioterapi för luftvägarna, talterapi, tandvård, obduktion
- 3 Lär patienten att skydda munnen och nästan tätt med näsduk när han eller hon hostar och att sedan placera näsduken i en soppåse som stängs. Efter att man nyst och hostat tvättas händerna med tvål och vatten och/eller så används handsköljmedel
- 4 Inte nödvändigt för en patient som har tuberkulos i luftvägarna med positiv färgning

Källor:

Ylipalosaari P, Mäkeläinen R, Kujala P. Potilaan eristäminen infektioiden torjunnassa. I boken: HELLSTEN S, toim. Infektioiden torjunta sairaalassa. 5 painos. Helsinki 2005
Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for isolation precautions: <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/ISOLAT/Isolat.htm>

BILAGA 9.

Läkemedelslogistiken för antivirala läkemedel i en pandemisituation

Finska staten har förberett sig på en influensapandemi genom att komplettera säkerhetsupplaget för läkemedel med antivirala läkemedel som hör till neuraminidashämmarna, Tamiflu (oseltamivir) och Relenza (zanamivir). Av det förstnämnda har det beställts 1,3 miljoner behandlingskurer och av det sistnämnda 100 000 behandlingskurer. Dessutom har det beställts en miljon tabletter av läkemedlet Atarin (amantadin).

En liten del av säkerhetsupplaget har placerats i sjukvårdsdistrikten i förhållande till folkmängden.

Eftersom en förutsättning för att de läkemedel som skaffats till säkerhetsupplaget skall ha någon effekt är att medicinen ges inom 48 timmar efter symtomdebuten, kommer tillgången till och en smidig distribution av de antivirala läkemedlen att vara kritisk för att läkemedelsbehandlingen skall lyckas.

Om grunderna för ibruktagande av säkerhetsupplagen bestäms i statsrådets förordning 79/2006. Enligt den kan säkerhetsupplagrade läkemedel, sjukvårdsmaterial och skyddsutrustning tas i bruk när social- och hälsovårdsministeriet har konstaterat att det är nödvändigt.

Överlåtelse av säkerhetsupplagrade antivirala läkemedel till förbrukning

De Tamiflu-kapslar som skaffats till säkerhetsupplaget, liksom läkemedlen Relenza och Atarin har gällande försäljningstillstånd, med stöd av vilket de kan tas i bruk utan ytterligare åtgärder.

De Tamiflu-kapslar med försäljningstillstånd som finns i säkerhetsupplaget bör i små mängder distribueras till sjukhusapoteken t.ex. i förhållande till områdets folkmängd redan id et skede när man övergår från WHO pandemifas 4 till 5. Förfaringssätten när säkerhetsupplaget tas i bruk och den ansvariga instansen för inledandet av dessa leveranser bör fastställas. Beslut om ibruktagande av säkerhetsupplaget fattas av statsrådet och social- och hälsovårdsministeriet styr inledandet av leveranserna. Läkemedelsverket är ansvarig instans för planeringen av distributionen. När det gäller inledandet av leveranserna samarbetar Läkemedelsverket med Försörjningsberedskapscentralen, Folkhälsoinstitutet, sjukvårdsdistrikten och läkemedelsdistributörerna.

Distribution av antivirala läkemedel från läkemedelspartiaffären till influensamottagningarna

Enligt läkemedelslagstiftningen kan läkemedel levereras från en läkemedelspartiaffär till apotek, filialapotek, sjukhusapotek och läkemedelscentraler för detaljhandel. Till enskilda hälsocentraler som saknar läkemedelscentral kan läkemedel inte levereras direkt från läkemedelspartiaffären. Sjukhusapoteken och läkemedelscentralerna kan i enlighet med förfarandena i 62 § i läkemedelslagen expediera läkemedel till offentliga hälso- och sjukvårdsenheter inom kommunen i fråga, samt inom samkommunen eller en kommun som gränsar till dem. Med Läkemedelsverket tillstånd kan dessutom ett sjukhusapotek eller en läkemedelscentral med vissa begränsningar expediera läkemedel till privata hälso- och sjukvårdsenheter eller en annan social- och hälsovårdsanstalt eller ett annat apotek. Detta tillståndsförfarande förutsätter hörande enligt 62 § 4 mom. i läkemedelslagen, något som i en pandemisituation måste kunna skötas enligt ett snabbt,

förenklat förfarande eller så bör lagparagrafen till denna del ändras med tanke på en pandemisituation. Det blir aktuellt att överväga en ändring av läkemedelslagen och förvaltningslagen så att man i en pandemisituation kan avstå från tillståndsförfarandet och hörandet.

Alternativt kan läkemedlen levereras från läkemedelspartaffärens lager till apoteket och från apoteket till hälsostationerna. Om läkemedlen levereras via apoteksnätverket kan man utnyttja det normala läkemedelsdistributionsnätverket, till vars verksamhetsprinciper hör att läkemedelspartiaffärernas leveranser sköts inom 24 timmar efter beställningen. Detta distributionssätt splittrar å andra sidan lagren av antivirala läkemedel på hundratals mellanlager (sammanlagt ungefär 800 apotek), varvid det blir svårt att följa läkemedelsförbrukningen och läkemedelsmängderna och svårare att trygga lagren.

Eftersom mängden antivirala läkemedel i säkerhetsupplaget är begränsad, ökar risken för inbrott i läkemedelslagren i en pandemisituation och särskild uppmärksamhet bör fästas vid läkemedelstransporternas och läkemedelslagrens säkerhet; fortlöpande övervakning av läkemedelslagren bör övervägas.

Utdelning av antivirala läkemedel åt patienterna

I en pandemisituation är det epidemiologiskt motiverat att patienten får de läkemedel som han eller hon behöver från det verksamhetsställe inom hälso- och sjukvården där diagnosen ställs. Det är inte motiverat att en sjuk patient går från influensamottagningen till apoteket och på så sätt eventuellt främjar spridningen av pandemin. Detta förfarande förutsätter inga ändringar i läkemedelslagstiftningen.

Eftersom det inte hör till hälsostationernas normala verksamhet att dela ut läkemedel, med undantag för jourförpackningar, bör verksamhetssätten planeras på förhand. De extra utrymmen som behövs för att lagra läkemedel samt de personresurser som krävs för läkemedelsdistributionen bör kartläggas. I en normalsituation ansvarar apoteken för att patienterna får tillräckliga uppgifter och anvisningar för en säker användning av läkemedlet. Hälsostationernas arbetstagare har inte motsvarande yrkesskicklighet och lagstadgade skyldighet att ge läkemedelsrådgivning, vilket måste beaktas i påskrifterna på läkemedelsförpackningarna och i bruksanvisningarnas innehåll. Alternativt kan läkemedelsdistributionen på influensamottagningen genomföras i samarbete mellan det lokala apoteket och hälsostationen så att apoteket ställer sin farmaceutiska personal till hälsostationens förfogande för läkemedelsdistributionen.

För att den planerade nyttan skall uppnås med det exceptionella distributionssätt för antivirala läkemedel som skapats för att dämpa pandemins spridning (patienten får sina läkemedel från hälsostationen i stället för apoteket) är det viktigt att patienterna efter besöket på influensamottagningen inte behöver gå till apoteket för att skaffa läkemedel avsedda för egenvård. Medborgarna bör instrueras att skaffa hem egenvårdsläkemedel redan innan pandemin bryter ut, senast när vi går in i WHO pandemilarmfas 5.

Övervakning av förbrukningen av antivirala läkemedel

I en normalsituation följer och upprätthåller Läkemedelsverket statistik över läkemedelsförbrukningen på grundval av de försäljningsuppgifter man erhåller från läkemedelspartiaffärerna. Denna statistik grundar sig på antalet läkemedelsförpackningar som levererats från läkemedelspartiaffärerna. Eftersom de lager av antivirala läkemedel som skaffats till säkerhetsupplaget är begränsade, är det i en pandemisituation viktigt att hela tiden känna till den mängd läkemedel som finns tillgänglig även på detaljhandels-

ställena. Det bör finnas tillvägagångssätt för denna förbrukningsövervakning så att uppgifterna om mängden tillgängliga läkemedel och lagringsställena kan utnyttjas i den epidemiologiska övervakningen av pandemisituationen.

Åtgärdsförslag:

Överlåtelse av säkerhetsupplagrade antivirala läkemedel till förbrukning

- Läkemedelsverket inleder planering av ibruktagandet av säkerhetsupplagrade läkemedel
- Läkemedelsverket utreder om det i en pandemisituation är skäl att dela ut alla tillgängliga antivirala läkemedel via sjukhusapoteken till influensamottagningarna eller kan det normaltida läkemedelslogistiknätverket utnyttjas i en pandemisituation
- Läkemedelsverket utarbetar anvisningar i anslutning inbrottsskydd för läkemedelsupplag och -transporter
- Läkemedelsverket planerar tillvägagångssätt för en rättidig övervakning av förbrukningen av säkerhetsupplagrade läkemedel
- När Läkemedelsverket planerar åtgärder och förfaranden samarbetar man med Folkhälsoinstitutets avdelning för infektionsepidemiologi så att man kan beakta epidemins spridning i läkemedelsdistributionen och övervakningen av förbrukningen.

Utdelning av antivirala läkemedel åt patienterna (med stöd av 65 § i läkemedelslagen)

- Läkemedelsverket planerar distributionslogistiken för influensamottagningarna och kraven i anslutning till leveransen
- Sjukvårdsinrättningarna säkerställer att influensamottagningarna har tillräckliga utrymmen för korrekt och säker upplagring av läkemedlen
- Läkemedelsverket planerar tillvägagångssätt för samarbete mellan hälso- och sjukvården och apoteken för att möjliggöra läkemedelsrådgivning då hälsostationen lämnar ut läkemedel åt patienten
- Läkemedelsverket utarbetar anvisningar om anskaffningen av egenvårdsläkemedel från apoteket och ansvarar för publiceringen av dem tillsammans med KTL

Övervakning av förbrukningen av antivirala läkemedel

- Läkemedelsverket skapar förfaranden för att följa läkemedelslagren på vårdställen: anmälningsförfaranden och ansvar för upprätthållandet av filen bör överenskommas

BILAGA 10.

Pandemins utvecklingsfaser

Interpandemisk period	
Fas 1	Inga nya subtyper av influensa A-virus har påträffats hos människor. Hos djur kan det förekomma virussubtyper som tidigare har orsakat infektioner hos människor, men risken för att människor skall smittas och insjukna är liten.
Fas 2	Inga nya subtyper av influensa A-virus har påträffats hos människor, men en virussubtyp som förekommer hos djur medför betydande risk för att människor skall smittas och insjukna.
Pandemilarm	
Fas 3	Det förekommer att en ny subtyp av influensa A-virus smittar från djur till människor, men viruset smittar inte mellan människor, eller smittar högst sporadiskt vid nära umgänge.
Fas 4	En ny subtyp av influensa A-virus har orsakat små sjukdomsanhopningar vilket tyder på att smittspridningen från människa till människa är begränsad. Smittkedjorna är mycket lokala och visar att viruset ännu inte har anpassat sig särskilt bra till människan.
Fas 5	En ny subtyp av influensa A-virus har orsakat geografiskt begränsade stora sjukdomsanhopningar. Detta betyder att viruset i ökad utsträckning har anpassat sig till människan. Virusets förmåga att smitta mellan människor tycks ännu inte vara fullt utvecklad. Risken för en pandemi är betydande.
Pandemisk period	
Fas 6	Viruset har helt anpassat sig till människan och det sprids i befolkningen och orsakar omfattande epidemier som överskrider de geografiska gränserna. Uppkomsten av en global pandemi är uppenbar.
Postpandemisk period	
	Återgång till interpandemisk period.

BILAGA 11.

Frivilliga räddningstjänstens medlemsorganisationer

Arbetarnas Idrottsförbund i Finland
Arbetskyddscentralen
Automobilförbundet
Centralen för Lantbruks- och hushållskvinnor
Centrallaget för Handelslagen i Finland
Dykarförbundet
Finlands Båtförbund
Finlands Fackförbunds Centralorganisation
Finlands Flygförbund
Finlands Idrott
Finlands Jägarförbund
Finlands Kommunförbund
Finlands Läkarförbund
Finlands Motorförbund
Finlands Radioamatörförbund
Finlands Reservofficersförbund
Finlands Räddningshundsförbund
Finlands Röda Kors
Finlands Scouter
Finlands Simundervisnings- och livräddningsförbund
Finlands Sjöräddningsförbund
Finlands Svenska Marthaförbund
Finlands Taxiförbund
Finlands WWF
Finska Brukshundklubben
Finnet-förbundet
Folkhälsan
Föreningen för humanitär rätt i Finland
Föreningen för Mental Hälsa i Finland
Försvarsgillenas förbund
Försvarsutbildning
Industrins och Arbetsgivarnas Centraförbund
Johanniterna RF
Kvinnoorganisationernas Centraförbund
Kvinnornas Beredskapsförbund
Maanpuolustusnaisten liitto
Mannerheims Barnskyddsförbund
Marttaliitto
Reservistförbundet
Räddningsbranschens Centralorganisation i Finland SPEK
Suomen Latu
Suomen Nuorisoseurojen Liitto
Suomen Sinibaretiliitto
Suomen Tiepalvelumiehet STM
Suomen Tiepalvelusmiesliitto
Tapio
Veteranorienterarna

BILAGA 12.

Folkhälsoinstitutets information under pandemilarm och en pandemi

1 Information till befolkningen

Folkhälsoinstitutet informerar befolkningen i huvudsak via hälso- och sjukvårdspersonalen. Information produceras för KTL:s offentliga webbplats med tanke på myndigheternas, hälso- och sjukvårdspersonalens, journalisternas och medborgarnas behov. Målet är att medborgarna skall få tillförlitlig, klar och enhetlig information på så nära håll som möjligt, från den egna läkaren, hälsocentralen och den egna lokaltidningen så att han eller hon för egen del kan agera på önskvärt och ett tryggt sätt.

På sjukvårdsdistriktets ansvar vilar att planera hur personalen skall utbildas så att man kan svara så väl som möjligt på befolkningens frågor och behov. Då undviker man panikreaktioner.

Färdigt material om A/H5N1-fågelinfluensa finns på KTL:s webbplats adress www.ktl.fi/ – Fågelinfluensa. Webbplatsen uppdateras fortlöpande.

Ämnen 28.2.2007:

Epidemiläget (länk till den finska sidan)

Frågor och svar och fågelinfluensa

Frågor och svar om vaccin för fågelinfluensa och pandemi

Rekommendationer för resenärer

Finlands beredskap för pandemi (finsk sida)

Färdigt material om influensa finns på KTL:s webbplats www.ktl.fi - Hälsoteman – Infektionssjukdomar. Webbplatsen uppdateras fortlöpande.

2 Information till hälso- och sjukvårdsaktörer

Vid informationen följs samma verksamhetsmodell som vid en epidemi eller någon annan situation som kräver särskild uppmärksamhet. Det befintliga systemet säkerställs och förstärks genom att det vid behov utökas med flera mottagare, i första hand myndighetsaktörer (se schemat).

Vid distributionen av information iakttas en differentierad modell där ansvaret för distributionen av information delas upp mellan olika myndigheter på såväl riksomfattande som regional och lokal nivå. Informationen distribueras med hjälp av e-post, fax och textmeddelanden. Huvudvikten läggs vid att upprätthålla webbplatsen.

Varje organisation ansvarar själv för sin egen information och utvecklingen av den. KTL strävar dock efter att samarbeta nära med andra organisationer i fråga om epidemiinformationen.

Färdigt material om A/H5N1-fågelinfluensa finns på KTL:s webbplats www.ktl.fi – För hälsofrämjare – Aktuellt – Fågelinfluensa och pandemihotet. Webbplatsen uppdateras fortlöpande.

Ämnen 5.12.2006:

Misstanke om fågelinfluensa A/H5N1 hos människa (www.ktl.fi – För hälsofrämjare – Anvisningar och rekommendationer – Infektionssjukdomar)

Mikrobiologiska undersökningar (länk till finsk sida)

Säkerhetsnivåkrav på virusodling (på den finska sidan)

Användning av andningsskydd (länk till finsk sida)

Tabell över försiktighetsåtgärder (länk till finsk sida)

Rekommendationer för resenärer (www.ktl.fi – Fågelinfluensa)

Mera information om fågelinfluensa (www.ktl.fi – Fågelinfluensa)

2.1 Målgrupperna och hur de bestäms

När KTL bestämmer målgrupperna beaktar man mottagarnas ansvar, uppgifter och verksamhetsmöjligheter inom sjukvårdsdistriktet, länet och mellan olika myndigheter

De primära mottagarna ombeds alltid utse reservpersoner.

2.1.1 Sjukvårdsdistrikten

Primära mottagare av informationen i sjukvårdsdistriktet är de personer som ansvarar för smittsamma sjukdomar: sjukvårdsdistriktet läkare som ansvarar för smittsamma sjukdomar och hygienskötarna. De som tar emot informationen i sjukvårdsdistrikten ser till att den distribueras till kommunerna, hälsocentralernas läkare med ansvar för smittsamma sjukdomar samt de skötare som vårdar patienter med smittsamma sjukdomar. De som tar emot meddelandena i hälsocentralen ser till att informationen distribueras på det egna verksamhetsstället. Sjukvårdsdistriktet sköter också sjukhusets interna information till ledningen, laboratoriet och viktiga verksamhetsställen.

2.1.2 Länsläkarna

Länsläkarna sköter informationen till den privata hälso- och sjukvårdens verksamhetsställen. Vid länsförvaltningen finns ett riksomfattande och aktuellt adressregister över den privata hälso- och sjukvårdens verksamhetsställen.

2.1.3 Andra myndigheter

Social- och hälsovårdsministeriet, utrikesministeriet, Livsmedelssäkerhetsverket (Evi-ra), Institutet för arbetshygien (TTL), försvarsmakten och gränsbevakningsväsendet ser till att meddelanden distribueras till de egna målgrupperna. KTL har kommit överens med Institutet för arbetshygien om att institutet distribuerar meddelandena till alla verksamhetsställen inom företagshälsovården också vid hälsocentralerna.

Undantagsverksamhet

Mellan myndigheterna kan ordnas telefonkonferenser, videokonferenser och de kan hålla kontakt med hjälp av telefonnätet VIRVE.

2.1.4 KTL:s interna distribution

är fastställd och den omfattar bl.a. generaldirektören, överdirektören, informationschefen, avdelningscheferna, telefonväxeln.

2.1.5 Finlands notisbyrå (FNB) och Finfood

omfattas av distributionen av KTL:s epidemimeddelanden.

Undantagsverksamhet

2.1.6 Distributionen börjar vid behov omfatta nya myndighetsaktörer

2.2 Upprätthållande av målgruppernas kontaktuppgifter och testning av funktionsdugligheten

Kontaktuppgifterna upprätthålls inom KTL:s system för hantering av kontaktuppgifter. De ändringar som görs i det uppdateras automatiskt i form av FTP-överföring i såväl KTL:s e-postserver som Soneras CStream-tjänst. KTL har flera personer som kan använda systemet för hantering av kontaktuppgifter både för att uppdatera och titta på adresser. När meddelanden skickas ut (e-post, fax och textmeddelande) används Soneras CStream-tjänst, och som reserv finns den e-posttjänst som upprätthålls av KTL:s dataenhet. Förbindelserna testas minst en gång i månaden genom att ett e-postmeddelande sänds till alla mottagare i sjukvårdsdistriktet och länen. På detta sätt blir föråldrade adresser uppdaterade och sjukvårdsdistriktet kan testa behovet av att uppdatera de egna mottagarnas adresser. Avdelningen har skriftliga anvisningar om utsändandet av epidemimeddelanden.

2.3 Fördelar och nackdelar med delegerat ansvar

Informationen om en händelse når först sjukvårdsdistriktet, som ansvarar för bekämpningen av infektionssjukdomar inom sitt område och för informationen om dem. KTL:s meddelande innehåller inga detaljerade regionala verksamhetsdirektiv utan anger målen för verksamheten och en verksamhetsmodell. I samband med att sjukvårdsdistriktets infektionsexpert skickar meddelandet vidare ger han regionala detaljerade verksamhetsdirektiv och avtalar om den regionala uppgiftsfördelningen.

Sjukvårdsdistriktets styrka är att man känner till verksamheten och personresurserna inom det egna området. Att sjukvårdsdistriktets kommentar och anvisningar läggs till ökar tidsfördröjningen innan meddelandet når hälsocentralerna, men underlättar den övergripande hanteringen av situationen i fortsättningen. Det är mycket viktigt att även KTL beaktar tidsfördröjningen. Meddelandet eller en förvarning om det skall skickas ut i så god tid att alla parter hinner reagera på det.

2.4 Förstärkning av sjukvårdsdistriktets informationsplan

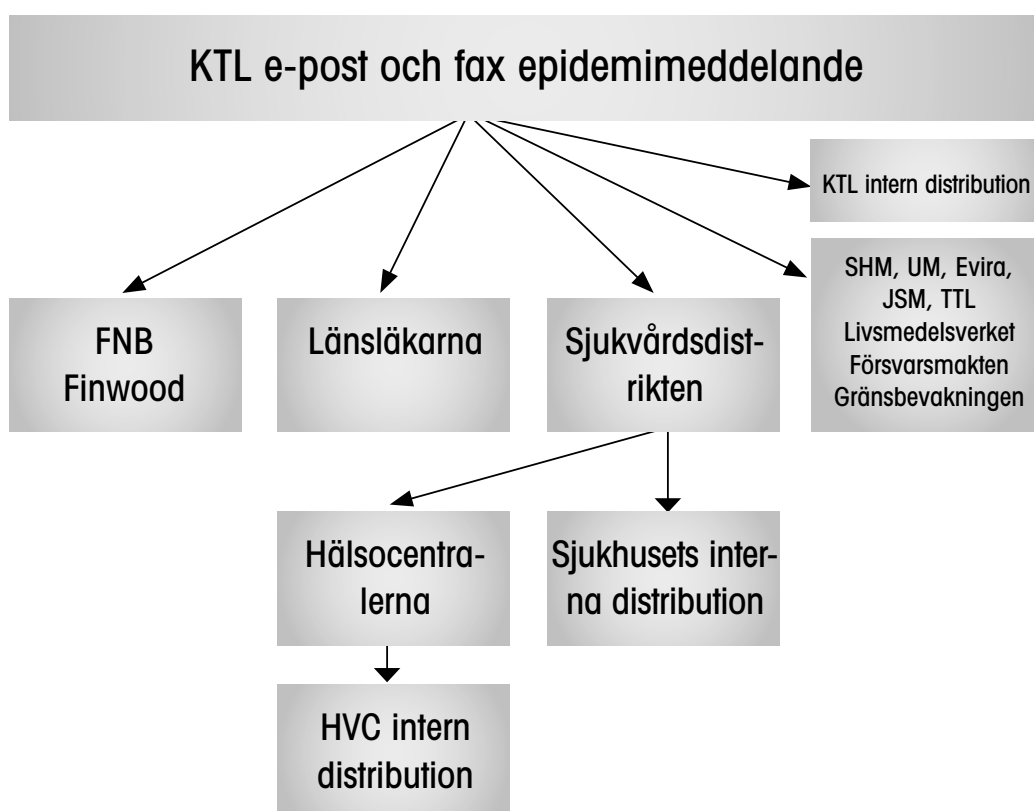
Sjukvårdsdistriktet skall utarbeta klara skriftliga anvisningar om distriktets informationspolitik. I anvisningarna bör betonas alla mottagares ansvar för att informationen

förmedlas vidare i synnerhet i en pandemisituation. Sjukvårdsdistriktets noggranna kartläggning gör det lättare att se de svaga och starka punkterna i distriktet. När de är kända på förhand vet man vilka svaga länkar som bör förstärkas.

Av anvisningen bör klart framgå: Vilka ansvarar för att meddelandet skickas vidare till kommunerna? Vem står man i kontakt med regionalt? Vem upprätthåller kontaktuppgifterna? Var upprätthålls kontaktuppgifterna? Vilket redskap används? E-post, fax eller internet eller intranät? Vem eller vilka är reserver? Det är också skäl att fundera vilka funktioner som kan läggas ut. Behovet av datastöd och informationspersoner bör beaktas i planen.

Informationsplanen bör publiceras så att alla parter är på det klara med vad som förväntas av andra.

Epidemimeddelandenas gång



BILAGA 13.

Litteratur

WHO:s anvisningar

WHO global influenza preparedness plan – The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics. Geneva, World Health Organization, 2005. (Document WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5.)

http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5.pdf

WHO checklist for influenza pandemic preparedness planning. Geneva, World Health Organization, 2005. (Document WHO/CDS/CSR/GIP/2005.4.)

http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_4/en/

WHO consultation on priority public health interventions before and during an influenza pandemic. Geneva, World Health Organization, 2004. (Document WHO/CDS/CSR/RMD/2004.9.)

http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/consultation/en/

WHO guidelines on the use of vaccines and antivirals during influenza pandemics. Geneva, World Health Organization, 2004 (Document WHO/CDS/CST/RMD/2004.8.)

http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_RMD_2004_8/en/

WHO outbreak communications guidelines. Singapore, September 2004.

<http://www.who.int/infectious-disease-news/IDdocs/whocds200528/whocds200528en.pdf>

Selected WHO guidelines on influenza H5N1.

http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/en/

Andra länders pandemiplaner

Länkar till andra länders pandemiplaner finns på WHO:s webbplats adress

<http://www.who.int/csr/disease/influenza/nationalpandemic/en/>

Storbritanniens anvisningar hittas bäst på webbplatsen

http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/influenza/pandemic/guidelines.htm

Health Protection Agency, UK. Influenza Pandemic Contingency Plan, last revised 19 October 2005.

UK Health Departments UK Influenza Pandemic Contingency Plan, last revised 19 October 2005.

UK Operational Framework for Stockpiling, Distributing and Using Antiviral Medicines in the Event of Pandemic Influenza, Department of Health, last revised 21 September 2005.

Infection Control in Hospitals and Primary Care settings, Department of Health, Health Protection Agency, last revised 19 October 2005.

Clinical Guidelines for patients with an Influenza like illness during an Influenza Pandemic, British Thoracic Society, British Infection Society, Health Protection Agency, draft for consultation, version 5.0, last updated 15 October 2005.

Influenza Pandemic Contingency Planning: Operational Guidance for Health Service Planners in England, issued as a supplement to the UK Health Department's Influenza Contingency Plan, March 2005

Public Health Agency of Canada. Canadian Pandemic Influenza Plan, last updated 12.7.2005

Health Council of the Netherlands. Use of antiviral agents and other measures in an influenza pandemic. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2005; publication no. 2005/05E. www.healthcouncil.nl

Influenza, Strategier för prevention och kontroll, Socialstyrelsen, Sverige, II/2005

Beredskapsplanering för en pandemisk influensa, Nationella insatser, Socialstyrelsen, Sverige, II/2005

Beredskapsplanering för en pandemisk influensa, Underlag för regional planering, Sverige, II/2005

Ministry of Health. Preparedness plan. The Norwegian National Pandemic Preparedness Plan, revised July 2003.

Annan litteratur

Special Issue: Influenza. Emerging Infectious Diseases, Volume 12, number 1, January 2006.

Social- och hälsovårdsministeriets rapport: Terveystienhuoltojärjestelmän varautumien vakavien biologisten uhkien ja yllättävien infektioepidemioden varalta. SHM 2005. (Rapporten fås endast för tjänstebruk).

BILAGA 14.

Förkortningar

AM	Arbetsministeriet
CDC	Centers for Disease Control and Prevention, USA
DG SANCO	Directorate General for Health and Consumer Affairs, EU:s generaldirektorat för hälsa och konsumentskydd
ECDC	European Centre for Disease Control, Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar
Evira	Livsmedelssäkerhetsverket
EISS	European Influenza Surveillance Scheme, Europeiska unionens influensaövervakningssystem
EMA	European Agency for the Evaluation of Medicinal Products, Europeiska läkemedelsmyndigheten
ETENE	Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården
EU	Europeiska unionen
FBC	Försörjningsberedskapscentralen
FEP	Försvarsekonomiska planeringskommissionen
FM	Finansministeriet
FPA	Folkpensionsanstalten
FRK	Finlands Röda Kors
FSM	Försvarsministeriet
HIM	Handels- och industriministeriet
HVC	hälsocentral
IM	Inrikesministeriet
JM	Justitieministeriet
JSM, MMM	Jord- och skogsbruksministeriet
KM	Kommunikationsministeriet
KTL	Folkhälsoinstitutet
LL	Läkemedelsverket
LS	Länsstyrelse
MBM	Ministeriernas beredskapschefsmöte
MKM	Ministeriernas kanslichefsmöte
MM	Miljöministeriet
OIE	Organisation Internationale des Épizootiques, Internationella byrån för epizootiska sjukdomar
PKG, PKR	Pandemikoordineringsgruppen
SHM, STM	Social- och hälsovårdsministeriet
SR	Statsrådet
SRK	Statsrådets kansli
Stakes	Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården
SYKE	Finlands miljöcentral
SVD	sjukvårdsdistrikt
TE-central	Arbetskrafts- och näringscentral
TEO	Rättsskyddscentralen för hälsovården
TTL	Institutet för arbetshygien
UM	Utrikesministeriet
UVM	Undervisningsministeriet
VIRVE	Myndighetsnätet
WHO	World Health Organization, Världshälsoorganisationen
YETT	förkortningen används i den finska texten för samhällets livsviktiga funktioner

BILAGA 15.

Medverkande i utarbetandet av den nationella pandemiplanen

Arbetsgruppen för nationell pandemiberedskap

Ordförande Merja Saarinen, Social- och hälsovårdsministeriet

Vice ordförande Juhani Eskola, Folkhälsoinstitutet

Medlemmar:

Asko Aalto, Social- och hälsovårdsministeriet, arbetarskyddsavdelningen

Anja Alila, Finlands Röda Kors

Tapani Hovi, Folkhälsoinstitutet, Avdelningen för virussjukdomar och immunologi

Pekka Hyvönen, Utrikesministeriet, enheten för konsulära ärenden

Risto Ihalainen, Vanda stads social- och hälsovårdsverk

Sirpa Kiviruu, Jord- och skogsbruksministeriet

Irma Koivula, Norra Savolax sjukvårdsdistrikt

Tarmo Kopare, Inrikesministeriet, räddningsavdelningen

Heikki Korpela, Huvudstaben, medicinalvårdsavdelningen

Helena Mussalo-Ruahamaa, Länsstyrelsen i Södra Finlands län

Eija Pelkonen, Läkemedelsverket

Pertti Palomäki, Norra Karelens sjukvårdsdistrikt

Seppo Sivula, Inrikesministeriet, Polisavdelningen

Jouko Söder, Social- och hälsovårdsministeriet, beredskapsenheten

Tarja Tamminen, Social- och hälsovårdsministeriet, informationsenheten

Liisa-Maria Voipio-Pulkki, Finlands Kommunförbund

Permanent sakkunniga:

Reijo Pyhälä, Folkhälsoinstitutet, Avdelningen för virussjukdomar och immunologi

Petri Ruutu, Folkhälsoinstitutet, Avdelningen för infektionsepidemiologi

Sekreterare:

Heli Siikamäki, Folkhälsoinstitutet, Avdelningen för infektionsepidemiologi

Thedi Ziegler, Folkhälsoinstitutet, Avdelningen för virussjukdomar och immunologi

I utarbetandet av pandemiplanen har deltagit:

Asko Aalto, Social- och hälsovårdsministeriet

Kirsti Aalto, Kyrkans central för sjukhussjälavård

Niina Agthe, Folkhälsoinstitutet

Anja Alila, Finlands Röda Kors

Kari Auranen, Folkhälsoinstitutet

Juhani Eskola, Folkhälsoinstitutet

Olli Hakala, Social- och hälsovårdsministeriet

Antti Hakala, Folkpensionsanstalten

Asko Harjula, Försörjningsberedskapscentralen

Terho Heikkinen, Åbo universitet

Tapani Hovi, Folkhälsoinstitutet

Anne Hujala, Social- och hälsovårdsministeriet

Anita Huovilainen, Forskningsanstalten för veterinärmedicin och livsmedel

Pentti Huovinen, Folkhälsoinstitutet

Pekka Hyvönen, Utrikesministeriet
Timo Härkönen, Statsrådets kansli
Risto Ihalainen, Vanda stads social- och hälsovårdsverk
Kari Iho, Finansministeriet
Jyri Juslen, Miljöministeriet
Eija Järviluoma, Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt
Asko Järvinen, Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt
Pekka Järvinen, Social- och hälsovårdsministeriet
Eija Kela, Folkhälsoinstitutet
Terhi Kilpi, Folkhälsoinstitutet
Jari Kirsilä, Folkhälsoinstitutet
Kaija Kilvinen, Social- och hälsovårdsministeriet
Sirpa Kiviruuu, Jord- och skogsbruksministeriet
Irma Koivula, Norra Savolax sjukvårdsdistrikt
Tarmo Kopare, Inrikesministeriet
Eero Korhonen, Institutet för arbetshygien
Heikki Korpela, Huvudstaben
Hannu Kuikka, Statsrådets kansli
Markku Kuusi, Folkhälsoinstitutet
Maija Lappalainen, Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt
Hanna-Leena Leinonen, Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt
Juhani Leppälä, Jord- och skogsbruksministeriet
Veli-Matti Lumiala, Finlands Bank
Outi Lyytikäinen, Folkhälsoinstitutet
Petri Mattila, Försvarsmakten
Helena Mussalo-Rauhamaa, Länsstyrelsen i Södra Finlands län
Eija-Liisa Mäkelä, Folkhälsoinstitutet
Kalevi Mäkinen, Försvarsministeriet
Kari Mäkinen, Handels- och industriministeriet
Pertti Palomäki, Norra Karelens sjukvårdsdistrikt
Eija Pelkonen, Läkemedelsverket
Reijo Pyhälä, Folkhälsoinstitutet
Satu Rapola, Folkhälsoinstitutet
Riitta Riala, Institutet för arbetshygien
Jukka Ristaniemi, Arbetsministeriet
Lars Rosenberg, Borgå social- och hälsocentral
Heikki Rosti, Undervisningsministeriet
Petri Ruutu, Folkhälsoinstitutet
Merja Saarinen, Social- och hälsovårdsministeriet
Mika Salminen, Folkhälsoinstitutet
Matti Sarjakoski, Folkhälsoinstitutet
Sami Sarvilinna, Justitieministeriet
Heli Siikamäki, Folkhälsoinstitutet
Seppo Sivula, Inrikesministeriet
Kirsi Skogberg, Jorvs sjukhus
Leena Soininen, Social- och hälsovårdsministeriet
Jukka Sonninen, Statsrådets kansli
Jouko Söder, Social- och hälsovårdsministeriet
Tarja Tamminen, Social- och hälsovårdsministeriet
Helena Taskinen, Institutet för arbetshygien
Matti Telkki, Kommunikationsministeriet
Nhu Nguyen Tran Minh, Folkhälsoinstitutet

Pirjo Turtiainen, Folkhälsoinstitutet
Taito Vainio, Inrikesministeriet
Maria Virkki, Läkemedelsverket
Liisa-Maria Voipio-Pulkki, Finlands Kommunförbund
Thedi Ziegler, Folkhälsoinstitutet
Rose-Marie Ölander, Folkhälsoinstitutet

Folkhälsoinstitutets influensapandemiarbetsgrupp har deltagit i utarbetandet av pandemiplanen

Delegationen för smittsamma sjukdomar har hörts under beredningsarbetet.

Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE) har gett ett utlåtande som har beaktats vid utarbetandet av pandemiplanen.

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS PUBLIKATIONER

ISSN 1236-2050

- 2007:
- 1 Tasa-arvo valtatiellä. Hallituksen tasa-arvo-ohjelman 2004–2007 loppuraportti.
(Julkaistaan ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 978-952-00-2258-7 (PDF)
 - 2 Men and Gender Equality Policy in Finland.
ISBN 978-952-00-2269-3 (pb)
ISBN 978-952-00-2270-9 (PDF)
 - 3 Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita.
ISBN 978-952-00-2275-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2276-1 (PDF)
 - 4 Haitallisiksi tunnettujen pitoisuuksien (HTP) arvot 2007.
ISBN 978-952-00-2307-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2308-9 (PDF)
 - 5 Seulontaohjelmat. Opas kunnille kansanterveystyöhön kuuluvien seulontojen järjestämisestä.
ISBN 978-952-00-2309-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2310-2 (PDF)
 - 6 Leena Tamminen-Peter, Maj-Britt Eloranta, Marja-Leena Kiviranta, Eija Mämmelä, Irma Salokoski, Arja Ylikangas. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen. Opettajan käsikirja.
ISBN 978-952-00-2313-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-2314-0 (PDF)
 - 7 Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä.
ISBN 978-952-00-2317-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2318-8 (PDF)
 - 8 Arbetsplatsen och företagshälsovården i samarbete om sjukskrivningspraxis
ISBN 978-952-00-2319-5 (inh.)
ISBN 978-952-00-2320-1 (PDF)
 - 9 Nationell beredskapsplan för en influensapandemi
ISBN 978-952-00-2325-6 (PDF)